PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU,
TOW. LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT,
CZASOWO WYDAWANY TAKŻE W ZASTĘPSTWIE „LWOWSKIEGO
TYGODNIKA LEKARSKIEGO“, ORGANU TOW. LEKARSKIEGO
LWOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH
KRÓLESTWA POLSKIEGO

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

TOM LVI — 1917.

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO RKAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.
1917.

SPIS RZECZY

zawartych w tomie LVI „Przeglądu lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

II. Oceny.

III. Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

IV. Życiorysy.

V. Zjazdy naukowe.

VI. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw naukowych.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Sprawy Izb lekarskich.

Medycyna publiczna. Higiena społeczna. Epidemiologia.

VIII. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

IX. Bibliografia.

Co miesiąc, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba pochyła oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW.

Nr 1. Kraków, 6. stycznia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 6. stycznia 1917. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do leczenia ran postrzałowych naczyń i tętniaków urazowych

podał

Ludwik Rydygier.

Rozprawką niniejszą nie zamyślam objąć całkowitego leczenia obrażeń naczyń krwionośnych. Chcę jednak, pouczony doświadczeniem, naprzód jako chirurg konsultujący 1, 3, 6, 9. szpitala rezerwowego w Wiedniu, a później jako naczelny chirurg szpitala wojennego w Bernie, poruszyć kilka nierozstrzygniętych zagadnień, by przyczynić się do ich rozwiązania.

Miałem sposobność leczenia wogóle 27 obrażeń naczyń krwionośnych jużto w postaci tętniaków, jużto krwiaków tętniących (mianowicie 4 razy art. subclavia, 2 razy art. brachialis, 2 razy art. glutaea superior, 13 razy art. femoralis, 5 razy art. poplitea, 1 raz art. tibialis postica).

Każdy z nas zgodzi się z Lexerem[1]), że zabieg leczniczy, przywracający w całości krążenie, jakim jest szew i przeszczepianie, ma pierwszeństwo przed podwiązaniem, ale nie w każdym przypadku. Przedewszystkiem musimy mieć wskazanie do tej bądź co bądź dłużej trwającej i cięższej operacyi. Po drugie musimy mieć przed sobą stosunki tego rodzaju, że pozwolą nam spodziewać się dobrego wyniku po tym ciężkim zabiegu.

Niebezpieczeństwo obumarcia części obwodowych po podwiązaniu rozmaitych tętnic nie jest jednakowe, jak wykazały badania, poczynione przez Ewalda Wolfa[2]), zachęconego do tego przez Lexera.

Jeżeli tu i ówdzie słyszymy o szwie tętnicy promieniowej albo piszczelowej, to musimy uważać go w tym przypadku albo za ćwiczenie w zakładaniu szwu naczyniowego, albo za »chirurgiczną zabaweczkę«. Albowiem obrażenia naczyń powyższych nie dają wskazania do szwu naczyniowego, gdyż po podwiązaniu nie grozi żadne niebezpieczeństwo.

Jeżeli chodzi o naczynia większej pojemności, to będziemy się naturalnie starali wykonać szew naczyniowy albo nawet przeszczepienie zamiast podwiązania, n. p. w razie obrażenia naczyń takich, jak tętnica biodrowa wspólna albo tętnica udowa poniżej tętnicy głębokiej uda, o których wiemy z doświadczenia, że podwiązanie ich grozi obumarciem części obwodowych. Natomiast w przypadkach, w których z góry wnosić możemy o dobrem krążeniu obocznem na podstawie silnego krwawienia z obwodowego końca naczynia przeciętego, uciekniemy się do podwiązania.

Z drugiej strony także i stan ogólny chorego, jak również i miejscowe warunki nie pozostaną bez wpływu na naszą decyzyę, czy mamy w danym przypadku szyć, czy też podwiązać. Widziałem szew naczyniowy, wykonany u bardzo niedokrwistego rannego, gdzie zabieg operacyjny trwał przeszło godzinę. Chory zginął na stole operacyjnym, a mam wrażenie, że chorego udałoby się może było uratować przez szybkie wykonanie podwójnego podwiązania naczynia.

Jeszcze większy wpływ na nasze postępowanie mają miejscowe stosunki w ranie. W ranie nieczystej, ropnej, skłaniam się bardziej ku podwiązaniu, niż ku szyciu naczynia.

Pouczony doświadczeniem w moich przypadkach, nie zgadzam się z Lexerem, jakoby zeszyte naczynie — tętnica albo żyła — miało być w tej samej mierze odporne na ropne zapalenie swych ścian w środowisku ropnem, co i naczynie podwiązane. Na pierwszy rzut oka mogłoby się nawet zdawać, że w kikutach naczyń podwiązanych zakażenie rozwinie się łatwiej, niż w delikatnej linii szwu dobrze odżywionego naczynia. W rzeczywistości jednak doznałem krwawień następowych w mych przypadkach szwu naczyniowego, szczególnie tam, gdzie te warunki rany nie były korzystne, i to znacznie częściej, niż po podwiązaniu.

Nie chcę naturalnie twierdzić na pewno, że w danym przypadku nie nastąpiłoby krwawienie, choćby podwiązano naczynie, mam jednak wrażenie, że linia szwu delikatniejsza i dłuższa łatwiej ulega uszkodzeniu w środowisku ropnem, aniżeli silnie podwiązany i cofający się w tkanki kikut naczyń.

A teraz drugie, ważne, a dotychczas jeszcze nie rozstrzygnięte pytanie: Kiedy to mamy operować obrażenia naczyń krwionośnych? Ogółem rozróżniamy: 1) świeże obrażenia naczyń, 2) krwiak tętniący, 3) zupełnie wytworzony tętniak. Te trzy stadya obrażeń naczyniowych, różniące się pomiędzy sobą co do czasu, przechodzą często bez wyraźnych granic jedno w drugie, przedewszystkiem zaś krwiak tętniący w tętniak, tak, że ze względu na operacyę możemy mówić o operacyi wczesnej i późnej.

Rozumie się samo przez się, że operujemy natychmiast każde świeże krwawienie naczyniowe, któreśmy jako takie rozpoznali, jużto z powodu obawy krwotoku, jużto dlatego, że w tym okresie stosunki anatomiczne są o wiele jaśniejsze, niż później. Przepojenie tkanek krwią nie jest tak silne, chyba w ranach silnie poszarpanych i zmiażdżonych. Z chwilą jednak, gdy mamy przed sobą krwiak tętniący, wtedy to może nam się nasunąć wątpliwość, czy operować natychmiast, czy też przeczekać. Wielu radzi w tym drugim przypadku przeczekać, aż się nie utworzy dobrze otorbiony tętniak, a to z następujących powodów: 1) W międzyczasie może się lepiej i dokładniej wytworzyć krążenie oboczne. 2) Stosunki anatomiczne podczas operacyi są jaśniejsze, gdyż wytworzył się dobrze otorbiony i ograniczony worek, który możemy bez trudu odpreparować aż do samego miejsca obrażenia w ścianie naczynia.

[1]) Lexer: Die Operation der Gefässverletzungen u. der traumatischen Aneurysmen, zugleich Beitrag zur Freilegung der Subclavia-Aneurysmen. Dt. Zeitschrift f. Chir. 135 Bd., 4—5 Heft.

[2]) Ewald Wolff: Die Häufigkeit der Extremitätennekrose nach Unterbindung grosser Gefässtämme. Beitr. zur klin. Chir. 1908 Bd. 58.

Na podstawie doświadczenia w moich 27 przypadkach radziłbym stanowczo operować o ile możności natychmiast w przypadkach krwiaka tętniącego.

Zdarzyło mi się, że chory z uszkodzoną tętnicą podobojczykową, u którego chcieliśmy doczekać się zmniejszenia, lepszego odgraniczenia się guza i pewnego wytworzenia się krążenia obocznego, zginął nagle w nocy bez operacyi.

Przy postępowaniu wyczekującem widziałem dwa krwotoki, z którychby chorzy byli zginęli, gdyby krwotoku przypadkiem nie zauważono i gdyby się lekarz nie znalazł pod ręką. Widziałem wprawdzie, że krwiaki zmniejszały się po pewnym czasie, ale też i często znowu się powiększały z powodu krwawień następowych i przedstawiały wtenczas o wiele niedogodniejsze stosunki przy operacyi.

Przy postępowaniu wyczekującem widziałem też nieraz i zropienia krwiaków. Jeżeli do tego dodamy, że powiększanie się, jakoteż sama obecność krwiaków sprawiają silne bole nerwowe i uszkodzenia w nerwach, to mamy dość powodów do tego, by postawić zasadę: każdy tętniący krwiak musi być o ile możności jak najwcześniej operowany. Operacyi krwiaka tętniącego nie należy uważać za operacyę naglącą, podyktowaną krwawieniem następowem, powiększaniem się krwiaka, rozszerzaniem się jego między mięśniami, stanem zapalnym tegoż, zropieniem, lub zmianami w nerwach i nerwobolami. Operacya ta musi być dla nas w przypadkach krwiaka tętniącego sposobem postępowania z wyboru.

Na zakończenie chciałbym podać kilka uwag w sprawie techniki szwu naczyniowego.

Operowaliśmy w ogólności sposobem Carrela. Nie zakładam chętnie opaski Esmarcha, w każdym razie unikam jej o ile możności. Dwoma krótkiemi cięciami odsłaniam naczynie, powyżej i poniżej miejsca obrażenia naczyniowego, krwiaka tętniącego lub tętniaka, i zakładam w tych miejscach pętle bezpieczeństwa. Te podwiązki bezpieczeństwa umożliwiają w razie krwotoku zaciśnięcie naczynia w kierunku dośrodkowym i obwodowym. Z chwilą popuszczenia podwiązek widać dokładnie miejsce krwawiące w ścianie naczynia. Oprócz tego unikamy przez to niebezpieczeństwa zakrzepu w naczyniach obocznych, który łatwo przy użyciu opaski Esmarcha mógłby powstać skutkiem długotrwałego zabiegu operacyjnego i osłabionej przezeń działalności serca, co naturalnie sprowadziłoby za sobą przeszkodę w odżywianiu części obwodowych.

Ostrożnie odsłaniać miejsce obrażenia, częścią ostro, częścią tępo! Po otwarciu worka usuwamy skrzepy krwi, i podsuwamy palec wskazujący lewej ręki popod szparkę czy dziurę w naczyniu. Tym sposobem opanowujemy najlepiej krwawienie w chwili zakładania szwu naczyniowego.

Przy szwie okrężnym muszą być oba końce naczynia przed zeszyciem na płasko uciśnięte i zaciśnięte. Używamy do tego zaciskadeł (kompresoryów) na kształt zaciskadeł jelitowych, tylko naturalnie o mniejszych rozmiarach. Są niemi naczyniowe zaciskadła Höptnera, Sticha, Jegera. Ja poleciłbym zaciskadło, podobne do zaciskadła jelitowego Wehra, dodając trzon, podobny do trzonu igły Dechampsa, a to celem łatwiejszego podsunięcia go pod naczynie i kierowania podczas zakładania szwu.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi nad etyologią, patogenezą i rozpoznawaniem wrzodu dwunastnicy

podał

Antoni Gluziński

(na podstawie wykładu, wygłoszonego na III Zjeździe internistów polskich we Lwowie w d. 20 lipca 1914 r.).

Wiadomo nam wszystkim, że sprawa wrzodu dwunastnicy zyskała w ostatnich latach na znaczeniu, a wprowadziła ją na porządek dzienny chirurgia, zwłaszcza chirurdzy amerykańscy i angielscy. Bogatą literaturę tego przedmiotu podaje Nowaczyński w pracy swej, obejmującej monograficzne przedstawienie tej sprawy, a ogłoszonej w Tomie III. zesz. II. »Rocznika lekarskiego«. Dobrze, że praca ta się ukazała w naszem piśmiennictwie, bo nasze spostrzeżenia i nasz przyczynek naukowy w tym kierunku jest bardzo mały. Kilka spostrzeżeń klinicznych Dehnela, Dobruckiego i t. d., referatowe przedstawienie Dziembowskiego, a wreszcie kilka spostrzeżeń klinicznych Nowaczyńskiego, właśnie we wspomnianej pracy monograficznej zawartych — to cały samodzielny nasz przyczynek.

Na III Zjeździe internistów polskich, odbytym w lipcu 1914 we Lwowie tuż przed wojną, sprawa wrzodu dwunastnicy była postawiona na porządku dziennym, — a odczyt mój, wygłoszony wtedy, oparty nietylko na klinicznych spostrzeżeniach, ale i na naszych własnych badaniach anatomicznych, nie mógł być ogłoszony drukiem, nie znalazł też uwzględnienia w pracy Nowaczyńskiego. To wszystko skłania mnie, by opuszczając pewne ustępy, opuszczając liczniejsze przytoczenia literatury, podać niektóre uwagi i spostrzeżenia, jakie wtedy wygłosiłem, a monografia Nowaczyńskiego zwalnia mnie od systematycznego przedstawienia przedmiotu.

Ważność całej sprawy polega, jak wiemy, na następujących punktach:

a) że wrzód dwunastnicy ma być względnie częstem cierpieniem, częstszem nawet niż wrzód żołądka;

b) że na rozpoznanie tego cierpienia nie kładliśmy dotąd wagi i nie umieliśmy go rozpoznawać, to też wiele przypadków, uznawanych za histeryę, neurastenię, rozmaite dyspepsye nerwowe, czuciowe i wydzielnicze, ba nawet rozpoznawane jako anatomiczne zmiany, jak kamica żółciowa, zapalenie pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego i t. d., nie jest niczem innem, jak wrzodem dwunastnicy;

c) że błędy dyagnostyczne mszczą się bardzo na chorych, bo ci histerycy, neurastenicy, dyspeptycy, giną nieraz wskutek przebicia wrzodu, krwotoku i t. d.;

d) że dziać się to zaś nie powinno, bo cechy kliniczne są tak charakterystyczne, iż znając je, już z samych wywiadów powinniśmy rozpoznać wrzód dwunastnicy.

Odwołując się do pracy Nowaczyńskiego, poruszę tylko kilka punktów.

I.

Co do częstości wrzodu dwunastnicy i stosunku liczbowego do wrzodu żołądka mamy dotychczas materyał kliniczny i sekcyjny. Kliniczny amerykański i europejski różnią się zasadniczo. Dość przytoczyć, że Friedenwald (Ameryka) na 12598 chorych rozpoznawał 1000 wrzodów żołądka i dwunastnicy, czyli 7·8% wszystkich chorych, a z tego 60% wrzodów dwunastnicy, a 40% wrzodu żołądka. Ewald znów (w Berlinie), nie podając na jaką liczbę chorych, rozpoznał 127 wrzodów żołądka, a tylko 12 wrzodów dwu-

nastnicy, Schütz zaś (Wiedeń) miał w dwóch latach rozpoznać 137 razy wrzód dwunastnicy, a 274 razy wrzód żołądka. Gdybyśmy uwzględnili cyfry amerykańskie, n. p. Friedenwalda, gdybyśmy opierali się na cyfrach dokonanych operacyi n. p. przez Moynihana (w 8 latach 389 przypadków), gdybyśmy uwzględnili spostrzeżenia kliniczne Schütza, który w 2 latach miał stwierdzić aż 137 przypadków wrzodu dwunastnicy — nawiasem mówiąc, w 17 tylko przypadkach stwierdzonych w czasie operacyi — to musielibyśmy powiedzieć, że wrzód dwunastnicy jest bardzo częstem cierpieniem. Cyfrom Moynihana zaprzeczyć nie możemy, boć są stwierdzone operacyą, nie mogą one jednak zaważyć zasadniczo na statystyce, ponieważ to materyał zjazdowy ze wszystkich stron Ameryki. Inni chirurdzy, rozporządzający ogólnym szerokim materyałem, ani przybliżoną cyfrą do cyfr Moynihana poszczycić się nie mogą; dość wspomnieć, że Bier w Berlinie do r. 1913 operował tylko 7 przypadków. Rozpoznania internistów, dochodzące do tego, jak Friedenwald, że 7·8% wszystkich chorych ma cierpieć na wrzody żołądka lub dwunastnicy z przewagą tych drugich, lub cyfry Schütza, wyżej podane, czy są słuszne — zobaczymy niżej. Popatrzmy obecnie, co nas poucza materyał sekcyjny.

Perry i Shewne na 17.652 sekcye wykazał 0·4% wrzodów dwunastnicy, Kruk na 12.020 sekcyi 0·44%, Rosenbach (Hamburg) na 14.479 sekcyi 0·393%, Dietrich (Hamburg) na 8.534 sekcyi 0·4%. Chcąc mieć materyał własny, z pozwoleniem kol. Dmochowskiego przejrzałem materyał sekcyjny naszego Zakładu anatomopatologicznego od r. 1896 do 1913, obejmujący 16432 sekcyi, a w tych znalazłem wrzodów lub blizn po wrzodach dwunastnicy 88 czyli 0·53%, a więc zgodnie ze wszystkiemi dotychczas ogłoszonemi statystykami sekcyjnemi.

Gdybyśmy stali na stanowisku, że każdy wrzód na stole sekcyjnym musi zostawić albo bliznę, gdy się wygoi, lub zostać toczącym się wrzodem, toby cyfr. podanych przez Friedenwalda lub Schütza, wprost zrozumieć nie można: gdy sekcye pouczają, że na 200 zmarłych wypada 1 wrzód dwunastnicy, to Friedenwald rozpoznawał go u 15 na 200, a Schütz w swem ambulatoryum i praktyce prywatnej musiałby przez dwa lata zbadać 27.400 chorych, by odpowiednio do 0·5% znaleść 137 przypadków wrzodów dwunastnicy. Musi tu być pewne nieporozumienie, najprawdopodobniej dyagnostyczne, z któregoby wynikało, że mimo pewnych statystyk operacyjnych, lub obejmujących przypadki, stwierdzone zupełnie pewnie, wrzód dwunastnicy nie jest znów cierpieniem tak częstem. Muszę podnieść, że statystyki kliniczne, zwłaszcza internistyczne, nie mogą w tym wypadku zgadzać się w zupełności ze statystyką sekcyjną. Podniosłem to już w pracy mojej, omawiającej stosunek nadżerek (erosio) do wrzodu żołądka, a wykazującej na materyale sekcyjnym, że nadżerki te, mogące dawać kliniczne wszelkie objawy wrzodu, mogą ulegać wygojeniu, nie pozostawiając blizn po sobie, że zatem klinicznych przypadków będzie więcej, niż sekcyjnych[1]). Ten szczegół odnosi się również do wrzodu dwunastnicy, szczegół, pozwalający zrozumieć jeszcze cyfry Schütza, nigdy jednak Friedenwalda.

Co do stosunku liczbowego wrzodu dwunastnicy do wrzodu żołądka — to w rażącej sprzeczności stoją statystyki operacyjne amerykańskie do statystyk sekcyjnych i operacyjnych w Europie. Gdy Moynihan wspomina, że w przypadkach, przez niego operowanych, stosunek wrzodu dwunastnicy do wrzodu żołądka wynosi 5:1, to w statystykach operacyjnych w Europie zawsze przeważa, i to znacznie, wrzód żołądka, a w sekcyjnych rażąco to się zaznacza, gdyż przeważnie widzimy stosunek 4 wrzodów żołądka do 1 wrzodu dwunastnicy.

W materyale moim sekcyjnym wypada na wspomnianych 16432 sekcyi 198 wrzodów żołądka, a 88 wrzodów dwunastnicy, czyli stosunek jak 2·25:1.

Jak te różnice między amerykańskim a europejskim materyałem zrozumieć? Jak zrozumieć ten szczegół, że w statystykach operacyjnych, nawet europejskich, jest mniejsza różnica, w każdym razie zawsze z przewagą wrzodów żołądka, niż w statystykach sekcyjnych?

Z góry zaznaczam, że gdy w całej Europie przeważa wrzód żołądka, trudno zrozumieć, by amerykańskie żołądki stały w innym stosunku do dwunastnicy, niż europejskie, zwłaszcza, że znaczna część żołądków amerykańskich jest przecież pochodzenia europejskiego. Raczej przychodzi mi na myśl, że chirurdzy amerykańscy, a częściowo i europejscy, w ostatnich czasach zaliczają do wrzodów dwunastnicy dużo z wrzodów tych, które inni chirurdzy europejscy, a zwłaszcza anatomo-patologowie, zaliczają do wrzodów części odźwiernikowej żołądka. Anatomo-patolog ma w ocenieniu siedziby wrzodu łatwe zadanie, chirurg w czasie operacyi widać trudne, zwłaszcza, że dużo wrzodów leży blizko spornego terytoryum. Jak wiemy, wskazówką dla chirurga w czasie operacyi ma być żyła, podana przez amerykańskiego chirurga Mayo, a idąca na granicy odźwiernika i dwunastnicy od krzywizny dużej ku górze, tak zwana »żyła odźwiernikowa«.

Wszystko, co leży na lewo od żyły, należy do żołądka, na prawo — do dwunastnicy. Chirurdzy trzymają się tej wskazówki, stwierdzając jej słuszność, a nie brak i potwierdzających prac czysto anatomicznych, w tym specyalnym kierunku podjętych. Dość wspomnieć z ostatnich pracę Latarjeta, który w 35 przypadkach stwierdził anatomicznie stałą obecność tej żyły, lub pracę Schütza z pracowni Tandlera w Wiedniu, wspominającego, że »an acht auf diese Weise (przez nastrzykanie) untersuchten Magen liess sich tatsächlich nachweisen, dass die genannte Vene stets genau an der Grenze zwischen Magen und Duodenum verläuft«.

Jeżeli tak — to trudno faktom przeczyć i choć trudno zrozumieć, trzebaby przyjąć, że w Ameryce znacznie częstszy jest wrzód dwunastnicy, niż wrzód żołądka, a w Europie odwrotnie.

Chcąc mieć własne doświadczenie, mogę podać wyniki badań co do tej żyły, jakie przeprowadzono w tym kierunku dzięki uprzejmości prof. Markowskiego, za co mu na tem miejscu serdecznie dziękuję, w Zakładzie anatomii opisowej naszego Uniwersytetu[1]). Z badań tych, nie wchodząc naturalnie w szczegóły, wynika najdokładniej, że przebieg, jak i rozdzielenie tak zwanej »żyły odźwiernikowej« jest niejednostajne. Na 22 nastrzykane żołądki tylko w 9 można było osądzić, że żyła ta przebiega na odźwierniku, w 5 leżała ona już na dwunastnicy, w 1 na części odźwiernikowej żołądka, a w 7 przypadkach było tak różnorakie rozwidlenie, że o zoryentowaniu się, którą gałąź wziąść za żyłę oryentacyjną, mowy być nie mogło. Na 21 zatem przypadki w 9, t. j. 41%, odpowiadało wskazówce Mayo, a w 7, t. j. 32%, wybór zależał od uprzedzenia — zwolennik »wrzodu dwunastnicy« wybierał tę gałąź, która jego zapatrywaniu odpowiadała.

Z wynikami tymi, czysto anatomicznymi, zgadzają się do pewnego stopnia i badania, przeprowadzone dzięki uprzejmości prof. Nowickiego, któremu na tem miejscu szczerą składam podziękę, na sekcyach, przy których naturalnie można było oznaczyć i przebieg żył i sam odźwiernik.

Na 37 przypadków sekcyjnych »żyła odźwiernikowa« leżała na samym odźwierniku 15 razy czyli także 40%,

[1]) Zdanie to wypowiada i Nowaczyński, powołując się na pracę amerykańskiego lekarza Codmanna z r. 1909; — czy nie właściwiej byłoby powołać się na pracę polskiego lekarza z r. 1900, zawartą w Pamiętniku jubileuszowym dla ś. p. Prof. Edwarda Korczyńskiego str. 401—420 p. t. O nadżerkach i owrzodzeniach (erosiones et exulcerationes) i stosunku ich do wrzodu żołądka (ulcus rotundum ventriculi).

[1]) Rzecz tę z rysunkami ogłoszę później.

na prawo od odźwiernika t. j. na dwunastnicy 17 razy, na lewo t. j. na części odźwiernikowej żołądka 5 razy, czyli stosunek ten wypadłby znów z niekorzyścią dla wrzodu dwunastnicy, bo aż w 17 przypadkach, t. j. w 50%, trzebaby wrzód, leżący na lewo od żyły, uważać za »wrzód żołądka«, gdy on leżałby jeszcze w dwunastnicy.

Badania te dowodnie wykazują, że o wzięciu za podstawę »żyły odźwiernikowej Mayo« w ocenie, czy wrzód należy uznać za żołądkowy w części przyodźwiernikowej, czy za leżący już w dwunastnicy, mowy niema, że ocenianie tą drogą na stole operacyjnym jest błędne, chwiejne i stanowi podstawę niezgodności między statystykami sekcyjnemi a chirurgicznemi, między statystykami amerykańskiemi a europejskiemi.

Opierając się tak na materyale sekcyjnym jak i klinicznym twierdzę, że wrzód żołądkowy jest u nas 2—3 razy częstszy, niż wrzód dwunastnicy.

II.

A teraz uwag kilka, jakie nasuwa materyał sekcyjny wrzodów dwunastnicy, jaki miałem sposobność przejrzeć w tutejszym Zakładzie anatomii patologicznej. Co do wieku materyał ten tak się przedstawia:

od 1—10 lat	przypadków	5
» 10—20 »	»	12
» 20—30 »	»	13
» 30—40 »	»	18
» 40—50 »	»	13
» 50—60 »	»	10
» 60—70 »	»	11
» 70—80 »	»	4
» 80—90 »	»	1

Między 20. a 50. rokiem życia byłoby zatem przypadków najwięcej, co zgadzałoby się z innemi statystykami, żaden wiek jednak nie jest wolny od wrzodu dwunastnicy; widzieliśmy go u 8-tygodniowego dziecka i u 90-letniego starca.

Co do płci stwierdziliśmy:

mężczyzn	51	czyli	58%
kobiet	37	»	42%

Niema wątpliwości, że przeważają mężczyźni, podobnie jak w przeważnej liczbie statystyk, jakkolwiek nie z tak rażącą różnicą, jak n. p. w operacyjnej statystyce Moynihana 80·9% mężczyzn, a 19·1% kobiet, lub sekcyjnej Rosenbacha (Hamburg) 75% mężczyzn, a 25% kobiet; nasz wynik zbliża się do statystyki sekcyjnej Grubera (Monachium), 62% mężczyzn a 38% kobiet. Przewaga ta mężczyzn nie odnosi się jednak specyalnie do wrzodu dwunastnicy. Tensam stosunek wykazałem dla wrzodu żołądka w pracy mojej[1]), opartej tak na materyale klinicznym, jak i na materyale sekcyjnym Zakładu anatomii patologicznej w Krakowie, w którym na 11.298 sekcyi stwierdziłem wrzód żołądka toczący się lub blizny po wrzodzie u 39 (41%) kobiet i 56 (59%) mężczyzn. Uwagi, jakie wtedy uczyniłem co do wrzodu żołądka, odnieść można w całej pełni do wrzodu dwunastnicy, a nie chcąc się powtarzać, do tej mojej pracy muszę się odwołać[2]), nadmieniając, że nie zawadziłoby, aby w monografii Nowaczyńskiego obok tłómaczeń tego faktu przez Mayo i innych i polskiego autora tłómaczenie było podane.

Jak w innych statystykach, tak i u nas lwia część, bo 93·33%, to wrzody, usadowione w górnej części dwunastnicy na ½—1½ cm od odźwiernika, gdy w części pośredniej tylko 2 razy, a w dolnej części tylko 1 raz stwierdziłem wrzód.

Przyczyną śmierci w 51% były inne zmiany w ustroju, a nie wrzód, a mianowicie:

Gruźlica przewlekła i ostra	17%
Zaburzenia w krążeniu (wady zastawkowe, sprawy miażdżycowe, zapalenia przewlekłe nerek i t. d.)	12·3%
Sprawy zakaźne	23·6%

W 43 przypadkach czyli 49% był wrzód dwunastnicy bezpośrednią przyczyną śmierci, a mianowicie:

Z powodu operacyi	przypadków	5 (5·5%)
» » wycieńczenia	»	4 (4·5%)
» » krwotoku	»	10 (11·3%)
» » przebicia i zapalenia otrzewnej	»	15 (17%)
» » przebicia i krwotoku	»	2 (2·29%)
» » zapalenia otrzewnej bez przebicia	»	3 (3·29%)
» » przejścia wrzodu w raka	»	4 (4·5%)

Czy wrzód dwunastnicy jest zatem niebezpieczniejszy, niż wrzód żołądka? I na to zgodzić się nie można. Ze statystyki mojej co do wrzodu żołądka[3]) wypada bowiem, że na 95 przypadków stwierdzonych sekcyjnie wrzodów żołądka, 29 czyli 30·5% zmarło z innych przyczyn (przy wrzodzie dwunastnicy 51%), a z samego wrzodu żołądka 76 t. j. 61% (wrzód dwunastnicy 49%), a mianowicie:

Z powodu operacyi	8·4%
» » wyniszczenia	6·3%
» » krwotoku	18%
» » przebicia i zapalenia otrzewnej	28·4%
» » przejścia wrzodu w raka	8·4%

Ani zatem krwotok śmiertelny, ani przebicie nie są częstsze przy wrzodzie dwunastnicy, niż przy wrzódzie żołądka, owszem odwrotnie.

Zmiany następowe w trzustce stwierdziłem w 13·6%, t. j. w 11 przypadkach, mianowicie:

pancreatitis apostematosa	1
» chr. interstitialis	9
przejście raka z dwunastnicy na trzustkę	1

Względnie częste były zrosty dwunastnicy z pęcherzykiem żółciowym, rzadko jednak mamy zaatakowanie dróg żółciowych przez wrzód, co jest naturalne wobec usadowienia się wrzodu przeważnie w górnej części dwunastnicy. Zmiany w drogach żółciowych stwierdziliśmy zaledwie w 3·4%, a mianowicie:

arrosio ductus choledochi	1
stenosis » »	1
perforatio duct. choledochi et duct. cystici	1

Krukiem białym był przypadek z kliniki mojej, w którym u chorej gorączkującej z typem gorączki przerywanej (intermittens) stwierdziliśmy w brzuchu guz bolesny, wielkości główki noworodka, elastyczny, kształtem i położeniem odpowiadający znacznie powiększonemu pęcherzykowi żółciowemu. Chora na 2 tygodnie przed przybyciem do kliniki rozchorowała się nagle wśród gwałtownych bolów, wymiotów i objawów podrażnienia otrzewnej. Podaniu chorej, że w jednych wymiocinach zauważyła krew, nie przypisywaliśmy większej wagi wobec wybitnych cech guza i gorączki z torem przerywanym i rozpoznaliśmy: »Cholecy-

[1]) A. Gluziński. O leczeniu wrzodu żołądka. Odczytów klinicznych Nr 140. Warszawa 1900 i Wien. klin. Wochenschr. 1900.

[2]) l. c. str. 6 i 7.

[3]) l. c. str. 3 i 4. Ze statystyki tej wypadałoby także, że przejście wrzodu w raka dwa razy częściej się zdarza przy wrzodzie żołądka.

stitis acuta verisimiliter purulenta« na tle kamicy żółciowej. Chorą oddaliśmy do operacyi, przy której pokazało się, że ten znaczny guz odpowiadał rzeczywiście powiększonemu pęcherzykowi żółciowemu, wypełnionemu jednak nie ropą, ale płynną i skrzepłą krwią, pochodzącą z przebijającego wrzodu dwunastnicy.

Przed laty zestawiłem sobie materyał sekcyjny wrzodów żołądka, pochodzący z 10 lat Instytutu anatomopatologicznego prof. Browicza w Krakowie, dzisiaj leży przedemną materyał tak wrzodów żołądka, jak i dwunastnicy Instytutu lwowskiego, a rozglądając się w nim i wtedy i dzisiaj próbowałem wyczytać z tych protokołów dane, mogące nam ułatwić pojęcie warunków, wśród jakich nieraz wrzody się wytwarzają, ułatwiające pojęcie patogenezy tego cierpienia. Wyniki i zapatrywania moje co do patogenezy wrzodu żołądka podałem już w przytoczonej pracy mojej »O nadżerkach i owrzodzeniach powierzchownych żołądka« i t. d.[1]), do której odwołać się muszę, jakkolwiek w dość obszernym rozdziale o patogenezie wrzodu w monografii Nowaczyńskiego zapatrywania te uwzględnione nie zostały. Co do wrzodu dwunastnicy, to powtórzyć muszę zdanie, wypowiedziane i przy wrzodzie żołądka, że nie wszystko nam zwłoki powiedzą — ale pewne wskazówki bezsprzecznie dadzą.

Ciekawą jest rzeczą n. p., wśród jakich warunków między 1—10. rokiem życia znaleziono wrzód dwunastnicy, a było tych przypadków 5; z nich w 2 (u dziecka 8-tygodniowego i $1^1/_2$-rocznego) typowy wrzód dwunastnicy wśród wyniszczenia przez przewlekły nieżyt żołądka i jelit, w 2 (8 i 9 lat) przy długotrwałych ropieniach (osteomyelitis femoris dextri i vulnus cessum cruris dextri subseq. phlegmone et sepsi univ.), a 1 przy gruźliczem zapaleniu opon. Odbicie tych stosunków widzimy i w pewnej liczbie wrzodów wiekupóźniejszego. Stanowi wyniszczenia u dzieci odpowiada wyniszczenie n. p. wskutek:

Gruźlicy przewlekłej	15 przypadków
Nowotworów złośliwych	2 przypadki
Kiły późnej	1 przypadek

czyli w 23%.

Drugą grupę stanowią sprawy ropne (phlegmone, osteomyelitis i t. d.) tak, jak u dzieci, — a przypadków takich 13, czyli 15·1%.

Trzecią grupę u dorosłych stanowią zaburzenia krążenia (vitia valvularum, processus atheromatosus, nephritis chronica i t. d.), obejmujące 15 przypadków czyli 17·4%. Odpowiadałoby to stosunkom, jakie stwierdzamy i przy wrzodzie żołądka, ale podobnie, jak i tam, pozostaje jednak grupa czwarta, w której żadnej z tych przyczyn wykazać nie można, — wrzód jest niejako samoistny.

Grupa ta jest najliczniejsza, bo wynosząca 38 przypadków czyli 44·2%, w których patogenezę i etyologię już nie stół sekcyjny sam, lecz obserwacya kliniczna i droga doświadczalna może wyjaśnić. Sprawę tę niżej poruszę. Ujemnie dodam, że ani jednego przypadku nie było w związku z oparzeniem, a wspomnieć mogę, że i Rosenbach na materyale hamburskim mimo 130 śmiertelnych przypadków oparzeń ani jednego wrzodu dwunastnicy na tem tle nie wykazał. Przypadki nasze nie wykazują także związku między wrzodem dwunastnicy a schorzeniem wyrostka robaczkowego, jak to chcą niektórzy chirurdzy angielscy i amerykańscy, jak Scherren, Hempelmann, a zwłaszcza Moynihan, który radził wskutek tego, by w każdym przypadku operacyi z powodu wrzodu dwunastnicy dokonywać również apendektomii — z niemieckich zaś Klotz i Küttner. W naszych przypadkach na 88 tylko w 3 przypadkach znaleźliśmy zmiany w wyrostku robaczkowym. Jestto zatem czysty chyba przypadek, że n. p. Klotz na 6 operowanych przypadków 6 razy stwierdził przewlekłe cierpienie wyrostka. Że pośredni stosunek może być między cierpieniem wyrostka a wrzodem dwunastnicy lub żołądka, wykaże uwaga poniżej podana. Nie mogę również wstrzymać się od uwagi, opartej na klinicznem spostrzeżeniu, że widziałem przypadki, które dla długotrwałych objawów, fałszywie uznanych jako pochodzące od wyrostka robaczkowego, były bez skutku operowane (appendectomia), przyczem stwierdzano małe zmiany (zrosty), a w których dopiero systematyczne leczenie przeciw wrzodowi dało wynik dodatni. Czyż te małe zmiany można w stosunek przyczynowy wprowadzić z wrzodem?

Materyał nasz nie potwierdza również w całości tłómaczenia Dietricha (statystyka sekcyjna z Hamburga), że wiele wrzodów dwunastnicy ma »postoperative Aitiologie«, t. j. że przy operacyach w jamie brzusznej przez podwiązanie sieci, naczyń w krezce, powstają skrzepy, nieraz zakaźne, które wstecznie (»retrograd«) zatykają naczynia jelit, a więc i dwunastnicy, dając powód do powstawania wrzodów.

Niema wątpliwości, że między naszymi przypadkami jest kilka tego pochodzenia i w tem zrozumieniu i sprawy, wychodzące z wyrostka robaczkowego, w etyologii wrzodu dwunastnicy mogą grać pewną rolę. W przeważnej jednak liczbie przypadków, w których dokonywano operacyi na jamie brzusznej (a jest ich kilkanaście) nie dla wrzodu, lecz z powodu n. p. uwięznięcia przepuklin pępkowych, pachwinowych, niedrożności jelit, raka kiszki stolcowej, raka macicy, cięcia cesarskie i t. d., a w których na stole sekcyjnym stwierdzono także wrzód dwunastnicy, to był on najczęściej dawnym wrzodem (ulcus chronicum), związek zaś jego z niedawno dokonaną operacyą był wykluczony. Był tu tylko przypadkowy zbieg okoliczności.

Na zakończenie tych uwag anatomicznych jeszcze jedno pytanie. Ile też na te 88 przypadków sekcyjnych, obejmujących okres czasu od r. 1896—1913 i materyał ze wszystkich oddziałów szpitalnych i klinicznych, było należycie rozpoznanych za życia?

Ściśle tylko jeden raz u dziecka $1^1/_2$-miesięcznego rozpoznano za życia wrzód dwunastnicy, 10 razy zaś rozpoznano wrzód żołądka, gdzie był wrzód dwunastnicy mimo, że w 4 z tych przypadków robiono laparotomię, a 7 razy rozpoznano raka żołądka (z których u 3 laparotomia), w reszcie zaś przypadków, t. j. w 67 przypadkach ani o żołądku, ani o dwunastnicy w rozpoznaniu mowy nie było, a wiele przypadków przyszło na stół sekcyjny z rozpoznaniem: ileus, appendicitis perforativa c. peritonitide lub moribundus.

Statystyka ta wykazuje, że rzeczywiście jest koniecznością zwrócenie bliższej uwagi na rozpoznanie wrzodu dwunastnicy, że nie zgadzając się ze wszystkiem z chirurgami amerykańskimi, przyznać im trzeba znaczną zasługę, że zmusili nas do zajęcia się tą sprawą — a przyznanie się do błędów dyagnostycznych nie przynosi ujmy — bo nielepszą jest w tym względzie statystyka sekcyjna Rosenbacha ze szpitala hamburskiego, który miał odwagę także podać, że w okresie 1907—1910 na 56 przypadków wrzodów dwunastnicy, stwierdzonych sekcyą, rozpoznano wrzód dwunastnicy za życia tylko jeden raz.

III.

Przechodzimy obecnie do rozpoznania, które, jak wiemy, ma się opierać na 6 punktach, t. j.:

1. na charakterystycznych wywiadach,
2. ujemnym prawie wyniku przedmiotowego badania,
3. krwawieniach, zwłaszcza ukrytych (haemorrhagia occulta).
4. obrazie rentgenologicznym,
5. w późniejszych okresach objawach zwężenia,
6. zachowaniu się treści żołądkowej.

Wydana monografia Nowaczyńskiego zwalnia mię od szczegółowego omawiania wszystkich tych punktów. Nie

[1]) l. c.

mogę się jednak wstrzymać od podania kilku uwag w tym kierunku.

Jako cechy charakterystyczne dla wrzodu dwunastnicy, podniesione przez amerykańskich chirurgów, a zwłaszcza Moynihana, a zawarte już w wywiadach, na które Moynihan kładzie taki nacisk, trzeba wymienić:

a) że cierpienie ma trwać od wczesnych lat (»das ganze Leben lang« [Moynihan]);

b) że cierpienie rozpoczyna się od uczucia gniecenia, pieczenia w żołądku, a potem zjawia się ból zwykle w 2—4 godzin po jedzeniu;

b) że w cierpieniu jest pewna peryodyczność w natężeniu objawów chorobowych, t. j. poprawa i pogorszenie często w związku z przeziębieniem, a stąd pogorszenie najczęściej w porze zimowej;

d) że zjawia się t. zw. ból głodowy, często występujący w nocy, uspokajający się po zjedzeniu czegoś, w 2—4 godziny po zjedzeniu znowu się pojawiający;

e) że cierpieniu temu przeważnie ulegać mają mężczyźni;

f) że wymioty najczęściej nie występują, a zjawiają się dopiero wtedy, gdy już powstanie zwężenie dwunastnicy, a stąd zaleganie pokarmów w żołądku.

Niema wątpliwości, że gdy ktokolwiek z takimi wywiadami się zgłosi — między innemi zboczeniami najczęściej o wrzodzie myśleć będziemy, ale, o ile mnie uczy doświadczenie kliniczne, bez względu na to, czy to ma być wrzód dwunastnicy, czy żołądka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dwa dalsze przypadki krwawienia z sutków.

(Spostrzeżenia z praktyki)

Podał

M. W. Herman (ze Lwowa).

Przed kilkoma laty opisałem w lwowskim »Tygodniku lekarskim« (Nr. 2 z r. 1910) »Dwa spostrzeżenia krwawienia z sutków u kobiet«. Dwa dalsze widziałem dopiero w ostatnim roku. Ponieważ jeden z tych przypadków stawia ten bardzo rzadki objaw w odmiennem świetle, aniżeli dwa dawniej opisane, postanowiłem opisać go dokładniej. W pewnej mierze czuję się nawet zobowiązany do ogłoszenia tego, głównie ze względów praktycznych pouczającego spostrzeżenia, chciałbym bowiem zobojętnić ewentualne wrażenie, jakie na przygodnego czytelnika wywrzeć mogła owa notatka z r. 1910.

Dwa tam opisane przypadki dowodzą, że przecież, wbrew tezie Delbeta, niekiedy krwawienie z sutka nie jest objawem sprawy nowotworowej złośliwej, w sutku się toczącej. W obu bowiem przypadkach mogłem sprawę tę wyłączyć, a dla wytłumaczenia krwawienia przyjąłem teoryę o miejscowem, przedwczesnem stwardnieniu tętnic.

Wobec tego jednak, że na ogół krwawienie z sutka jest objawem bardzo rzadkim i że najczęściej jest ono objawem rozwijającego się raka, przypadki takie, jak dwa dawniej opisane, stają się wyjątkami niemal bez praktycznej wartości. Dla dobra chorych przeto spopularyzować należy myśl Delbeta, że: krwawienie z sutka jest prawie zawsze objawem nowotworu złośliwego, mającego się dopiero rozwinąć, rozwijającego się, lub już rozwiniętego.

W najbardziej rozpowszechnionej u nas literaturze podręcznikowej, niemieckiej, o krwawieniu z sutka prawie się nie mówi. N. p. w »Szczegółowej dyagnostyce chirurgicznej« de Quervaina (1911) niema o tym objawie ani wzmianki, a w dużym »Podręczniku chirurgii praktycznej«, redagowanym przez Brunsa, Garrégo i Küttnera (1913), v. Angerer poprzestaje na takiej notatce: »...Bisweilen entleert sich aus der Brustwarze ein dunkelgelbes, bräunliches Sekret, das aber für die Diagnose des Karzinoms selbst, gar keinen Wert hat, weil sich derartige Sekrete auch bei gutartigen Geschwülsten der Drüse zeigen«. Nie można przeto dziwić się, że lekarz praktyczny, stanąwszy wobec nowego dla siebie objawu i nie znajdując na razie na wytłumaczenie jego ani miejscowych ani ogólnych przyczyn uchwytnych, ucieka się do błąkających się jeszcze w medycynie praktycznej przeżytków o krwawieniu histerycznem, nerwowem, klimakterycznem i t. d., co tylko w sposób szkodliwy uśpić może czujność chorej. Dowodem tego moje pierwsze spostrzeżenie.

Pani X., virgo, obecnie pięćdziesiąt kilka lat licząca, zauważyła przed sześcioma laty poraz pierwszy krew, sączącą się kroplami z brodawki sutka prawego. Zaniepokojona, zwróciła się do lekarza. Ten uspokoił chorą, uznając krwawienie za objaw nerwowy, pozostający w związku najpewniej z rozpoczynającym się właśnie »okresem przekwitania«. To też na sączące się później krople krwi chora niemal uwagi nie zwracała. Zaniepokoiła się znów dopiero w kilka miesięcy później, gdy w nocy krew, lejąca się z sutka, zbroczyła nietylko bieliznę, ale i pościel. Chora bawiła wówczas w Marienbadzie. Wezwani tu lekarze zgodzili się na zdanie pierwszego: uzależnili krwawienie od nerwów. Inteligentna chora, niezadowolona tem tłumaczeniem, zwróciła się o poradę do powag w Monachium. Lecz i tu mówiono jej tylko o nerwach. Zalecone leczenie pozostawało jednak bez wpływu na ten przykry objaw. »Na codzień« krew sączyła się kroplami, »od święta« zdarzały się prawdziwe krwotoki. W ciągu następnych paru lat chora, podróżując wiele, zasięgała porady w wielu miastach uniwersyteckich zachodniej, a nawet i wschodniej Europy, ciągle jednak niemal w tych samych słowach powtarzano jej zdanie o nerwowej przyczynie krwawień, o klimakteryum i t. d. W końcu poczęto pomawiać ją o histeryę. Tem ostatecznie zrażona i wypadkami wojennymi zamknięta we Lwowie, postanowiła zapomnieć o swem niedomaganiu i zaprzestać bezcelowych, jak jej się zdawało, porad lekarskich. Postanowienia tego nie zmieniła nawet wtedy, gdy przez półtora rokiem zaczęło krwawić z sutka lewego. W sutku lewym sprawa chorobowa przebiegała o tyle odmiennie, że cały sutek był bolesny, od czasu do czasu bóle stawały się niezwykle przykre, a już w dwa miesiące od pierwszego krwawienia chora zauważyła, że sutek ten znacznie powiększył się, »podniósł się« i zjędrniał. Natomiast sutek prawy, wedle spostrzeżeń chorej, zmieniać począł swą objętość i zbitość dopiero w ostatnich kilku miesiącach, i to w sposób zgoła nie niepokojący. Tylu lekarzy uważało krwotoki z tego sutka za sprawę nerwową, że obecnie chora sama za nerwowe uważała pewne bóle, teraz dopiero w tym sutku pojawiające się, za nerwowe uważała zaczerwienienie skóry i nie przypisywała żadnego znaczenia pakietowi gruczołów pod prawą pachą.

Prawdziwy stan odkrył dopiero przypadkowo lekarz, szczepiący z urzędu ospę. Zdołał nakłonić chorą, by przecież raz jeszcze poradziła się chirurga. Po długich wahaniach chora zwróciła się do mnie.

Okazało się, że niemal cały sutek naciekły jest przez tkankę rakową. W dolnym zewnętrznym kwadrancie wyszczególniał się guz, wielkości małego jaja kurzego, chełbocący, pokryty ścieńczałą, zaczerwienioną skórą. Cały sutek na podstawie przesuwalny. Pod pachą pakiet gruczołów wielkości pięści męskiej. Nad obojczykiem nie wyczuwa się gruczołów. Sutek lewy w całości tkliwy. Przy obmacywaniu przypomina zbitością i płatową budową sutki położnicy niekarmiącej, w pierwszych dniach laktacyi. Pod naciskiem sączy się z brodawki kroplami krew. W lewej pasze nie wyczuwa się gruczołów. W narządach wewnętrznych (płucach, wątrobie) nie można stwierdzić przerzutów. Serce zdrowe. Mocz bez zmian.

Nie można było łudzić się. Szanse doszczętnego wyleczenia przedstawiały się bardzo niekorzystnie. Mimo to zaproponowałem chorej zabieg doszczętny po stronie prawej i wyłuszczenie sutka lewego. Tylko bowiem t. zw. operacya doszczętna oszczędzić mogła chorej przykrości, związanych z rozpadającym się, cuchnącym »rakiem otwartym« (a chora stała niemal u progu tego okresu, o czem świadczył wymownie wspomniany powyżej chełbocący guz) i tylko przez równoczesne odjęcie sutka lewego stworzyć można było chorej złudę zupełnego zdrowia, tym tylko bowiem sposobem usunąć można było źródło trapiących chorą bolów i niepokojących ją krwawień.

Operacya, na którą chora z łatwością się zgodziła, wykonana została wedle powyższego planu. Leczenie pooperacyjne trwało jednak znacznie dłużej, niż przewidywano, gdyż rozległa i pełna zaułków rana zropiała. To też, zanim nastąpiło ostateczne zabliźnienie, w sąsiedztwie blizny pojawiły się w skórze guzki (carcinoma recid. lenticulare), a pewne objawy ze strony płuc pozwalają i tam domyślać się ognisk rakowych.

Koleż. Dr Helenie Schusterównej zawdzięczam dokładne zbadanie preparatów anatomicznych. Korzystając z udzielonego mi łaskawie bardzo obszernego protokołu badania makroskopowego i mikroskopowego, podaję tu w streszczeniu niektóre szczegóły.

Badanie gołem okiem: Na przekroju sutka prawego widzimy, jak z okolicy brodawki, od powierzchni w głąb, rozrasta się tkanka białawo-szara, jednolitej budowy, zbita, w warstwach głębszych okazująca odcień różowawy i urozmaicona jamkami, wypełnionemi masą szklistą. W warstwach najgłębszych owa tkanka szarawa znika niemal zupełnie, a pojawia się inna, gąbczasta, wybitnie różowo-brunatna, z wielkiemi jamkami, wypełnionemi masą szklistą lub też białą gęstą cieczą. W obwodzie jamek widać pasemka tkanki białej (łącznej), upstrzonej plamami pomarańczowemi, pozostałościami po wybroczynach. Sutek lewy na przekroju okazuje wyłącznie taką samą tkankę różowo-brunatną, jak sutek prawy w warstwach najgłębszych.

Badanie drobnowidowe wykazuje, że owa tkanka białawo-szara, właściwa tylko sutkowi prawemu, w jednych okolicach okazuje utkanie raka pęcherzykowatego, w innych zaś raka gruczołowego. W preparatach z warstw średnich widzimy cały szereg poprzecznie i podłużnie przeciętych przewodów i gruczołów, których ściany okazują bardzo nieznaczne, ale niewątpliwie brodawkowate bujanie w kierunku światła nowowybujałych gruczołów, względnie ich przewodów. Jednowarstwowy wałeczkowaty lub brukowy nabłonek gdzieniegdzie poczyna bujać, jądra w komórkach wydłużają się i nadzwyczaj silnie się barwią, a ostra granica między nabłonkiem a podścieliskiem zaciera się. W tej gruczołowej, bardzo dobrze ukrwionej tkance, spostrzega się tu i ówdzie jakoby wpryśnięte gniazda odmiennych nieco komórek, które w całości tworzą utkanie, charakterystyczne dla raka alweolarnego. Drobnowidowy obraz tkanki różowej z najgłębszych warstw sutka prawego, a z którejkolwiekbądź warstwy sutka lewego, odpowiada gruczolako-torbielakowi brodawkowemu (adeno-cystoma papilliferum) z bardzo słabo zaznaczonem bujaniem brodawkowem. Nabłonek wszędzie jednowarstwowy ostro odcina się od podścieliska. Naczynia krwionośne w tkance podściełiskowej bardzo obficie rozwinięte.

Dr Schusterówna protokół swój kończy następującemi uwagami: »W tym zatem przypadku mamy prawdopodobnie do czynienia z pierwotnym gruczolakiem brodawkowym, który następowo przeszedł w bujanie złośliwe rakowe. Do takiego pojmowania sprawy najbardziej upoważnia stwierdzona obecność niewielkich, jak gdyby początkowych gniazd rakowych wśród utkania gruczolakowego. Zajęcie obu sutków i wieloogniskowość zmian przemawiałyby za zarodkowem pochodzeniem gruczolaków. Gruczolaki rozwinęły się z odpowiednich zalążkowych zawiązków gruczołowych, i to w obu sutkach jednocześnie. Tu i ówdzie zauważyć się dające bujanie brodawkowe stanowi niejako przejście w utkanie rakowe«.

Z tem rozumowaniem teoretycznem, opartem na obrazach drobnowidowych, w zupełnej harmonii pozostaje obserwacya lekarska. Przez przeciąg pierwszych czterech lat krwawienia sutek prawy badało wielu lekarzy i najwidoczniej nie znajdowali żadnej podejrzanej zmiany, kiedy tak stanowczo chorą uspokajali. Był to okres, w którym gruczolak miał jeszcze w pełni charakter nowotworu łagodnego. Dopiero w ciągu ostatnich dwóch lat z nieznanych powodów zmienił swój charakter i przeszedł w bujanie rakowe.

Dziś każdy lekarz przyzna, że chora powinna była być operowana, zanim jeszcze gruczolako-torbielak brodawkowy zamienił się w raka. Wówczas wskazaniem do odjęcia sutka prawego byłoby: zagadkowe krwawienie z sutka pozornie niezmienionego, u osoby zresztą zupełnie zdrowej, a około 50 lat liczącej. Lekarz, kierujący się takiem wskazaniem i operujący chorą przynajmniej przed dwoma laty, oddałby jej rzetelną przysługę.

Taką właśnie, jak sądzę, przysługę wyświadczyłem innej chorej.

Pani Y., lat około 50 licząca, spostrzega od kilku dni wypływ krwawy z sutka lewego. Krew wypływa kroplami. Objawem tym tembardziej się trwoży, gdyż w rodzinie jej zdarzyło się już parę przypadków raka piersi.

Gdyby istniał jakowy »habitus carcinomatosus«, to typem jego mogłaby być badana: budowa »gruba« i bardzo silna, mięśnie doskonale rozwinięte, przykryte średnio grubą warstwą podściółki tłuszczowej. Cera blada. Włosy ciemne. Dużo barwika w skórze. W sutku lewym żadnych zmian wykazać nie można. Narządy wewnętrzne bez zmian. W moczu białka i cukru niema. Badanej starałem się sprawę, pozornie zagadkową, przedstawić jasno. Krwawienie przemawia za tem, że w sutku toczy się najprawdopodobniej jakaś sprawa nowotworowa, która w tej chwili nie jest rakiem, ale w przyszłości w raka przejść może. Więc zamiast czekać i niepokoić się, czy ów »ewentualny« rak ujawni się i wtedy dopiero operować, mając w najlepszym razie 50 szans na 100, że operacya rzeczywiście będzie doszczętną, lepiej operować dziś i zapobiedz owemu rakowi. Chora namyślała się bardzo krótko. Sutek wyłuszczyłem (bez otwierania pachy). Przez bardzo dokładne rozpreparowanie sklerotycznej już nieco tkanki gruczołowej udało się znaleść w jednym zrazie dwa większe (jak ziarnko grochu) i trzy mniejsze (jak ziarnko prosa) ogniska krwotoczne. Badanie mikroskopowe tych ognisk nie mogło być zupełnie dokładnie przeprowadzone. (Działo się pod koniec inwazyi rosyjskiej!). Z zachowanych jednak paru nieudałych preparatów wnosić można z wielkiem prawdopodobieństwem, że w ogniskach tych nie było jeszcze bujania złośliwego.

Ze szpitala garnizonowego Nr. 15. Komendant st. lek. sztab. Dr. Dąbrowski.

Z badań rentgenologicznych serca.

Podał

Dr. Jan Nowaczyński.

c. i k. lekarz pułkowy,

były kierownik pracowni rentgenologicznej szpitala.

Jak wiadomo, wielkość serca oznaczamy rentgenologicznie, kreśląc jego sylwetkę sposobem ortodiagraficznym na ekranie świecącym i mierząc następnie jego wymiary: poprzeczny i podłużny. Moritz i Dietlen, opierając się na rozległych badaniach, podali dla wymiarów serc prawidłowych pewne liczby średnie, które oczywiście wahają się zależnie od wieku, ciężaru ciała oraz wysokości badanych. Na tych liczbach średnich opieramy się przy oznaczaniu wielkości serca, przyczem uwzględniać oczywiście musimy wyżej podane czynniki.

Ze znajomości wielkości serca nie możemy wprawdzie rozpoznawać rodzaju ani stopnia schorzenia serca (z wyjątkiem przypadków wad serca, w których wymiary łączą się z pewnym typowym dla danej wady kształtem serca, oraz innych schorzeń organicznych serca lub naczyń, dających w obrazie rentgenologicznym charakterystyczne objawy), możemy jednak, po uwzględnieniu wszelkich czynników w grę wchodzących, w związku z wynikiem badania klinicznego wysnuwać pewne wnioski co do stanu serca oraz jego sprawności, jakoteż możemy orzekać, czy dane serce zdoła podołać wymaganiom, jakie nakłada nań wojna, zmieniająca gruntownie warunki dotychczasowego trybu życia. Taka ocena ma obecnie duże znaczenie.

Przykład: Serca dwu ludzi jednakowego wieku, ciężaru i wzrostu ciała mogą być różnej wielkości, a zależeć to będzie przedewszystkiem od warunków życiowych, w jakich znajdują się ci ludzie; naprzykład serce człowieka, oddającego się sportom lub ciężkiej pracy fizycznej, będzie znacznie większe, niż serce człowieka, prowadzącego życie siedzące. Niejednokrotnie musimy oceniać i orzekać, które z nich jest zdrowe, a które słabe, względnie, lepiej się wyrażając, które łatwiej dostosuje się do zwiększonych wymagań.

Na podstawie spostrzeżeń, które zebrałem na materyale, wynoszącym przeszło trzy tysiące badań u popisowych lub chorych, mogę stwierdzić, że liczby, podane przez Moritza dla serc prawidłowych, niezupełnie odpowiadają rzeczywistości. Spostrzega się bowiem bardzo dużo osób, u których mimo uwzględnienia wieku, ciężaru ciała oraz wysokości, wymiary serca nie dają się podporządkować pod schemat Moritza; a różnice, jakie tu się spotyka, przechylają się w kierunku serc małych. Dotyczy to tak ludzi młodych, jakoteż i starych. Widziałem bardzo wielu ludzi, którzy mają serca małe. Pominąwszy ludzi młodych, u których częstsze zazwyczaj bywają serca małe, choć u nich stwierdzałem serca mniejsze, niż według wymiarów Moritza — (wyłączam na razie t. zw. »cor pendulum«) — to u ludzi starszych, nawet 50-letnich, znajdowałem niestosunkowo małe serca, mające przytem prawidłowy kształt; np. u ludzi 45-letnich, których serce w wymiarze poprzecznym powinno mieć 13 cm, znajdowałem wymiar poprzeczny serca 11 cm lub mniej. Jakże takie serce mamy ocenić? Czy jest ono zdrowe, czy słabe? Zapewne zdrowe, gdyż nie daje u danego człowieka wśród warunków, w jakich on żyje, powodu do objawów chorobowych, lecz mimo to uznać je musimy za serce słabe, gdyż przy większych wymaganiach, jakie nań nałożą trudy wojenne, może odmówić posłuszeństwa.

Co do serca wiszącego (cor pendulum), to, jak wiemy, jest ono uważane za wyraz niedokształcenia całego ustroju, ogólnej astenii; spotyka się je przy wązkiej klatce piersiowej, niedokrwistości, niedokształceniu układu naczyniowego i t. p. Nie ulega wątpliwości, że serce wiszące nie może uchodzić za serce zdrowe u młodego, a tembardziej u starszego człowieka; a takie serce u starszych ludzi spotykałem dość często, i, co ciekawe, przeważnie u żydów. W zapatrywaniach na serce wiszące istnieją różnice zdań tak w piśmiennictwie, jak i w praktyce. Jedni lekarze uważają je za serce niedokształcone i słabe. Inni zaś lekarze twierdzą, że serce takie potrzebuje koniecznie racyonalnego i umiejętnie przeprowadzonego ćwiczenia, które je wzmacnia i podnosi jego wytrzymałość. Według tych lekarzy serca takie dostosowują się do zmienionych warunków i do większej pracy i wyrabiają się. Odnosi się to tak do ludzi młodych, jak i starszych w wieku 30—40 lat. Ci lekarze nawołują też gorliwie do oddawania się umiarkowanym sportom, oraz innym zajęciom fizycznym.

W związku z sercem wiszącem wspomnę o t. zw. »sercu kulistem« (Kugelherz). Jak ogólnie się przyjmuje, jestto serce wiszące, uległe przerostowi komór pod wpływem różnych czynników, jak n. p. w czasie wzrostu wogóle, rozwoju klatki piersiowej i płuc w szczególności. Serce tego kształtu znajdujemy też u ludzi, oddających się sportom wszelakiego rodzaju. Te serca uważałbym za prawidłowe; odróżnić je jednak należy od podobnych serc kulistych, spotykanych przy niektórych schorzeniach serca i zastawek.

Spostrzegałem też ciekawe serca małe, względnie wiszące, w których wytworzyła się zmiana kształtu albo t. zw. „mitralna“ albo „aortowa“. Kształty te są, jak wiadomo, właściwe dla wad zastawek, dwudzielnej i aorty. Otóż zauważyć tu muszę, że te serca, o których teraz wspominam, nie są wyrazem wytworzenia się wady zastawkowej w sercu wiszącem, pominąwszy już to, że klinicznie nie dają objawów wady, gdyż serca te są małe, a więc brak najważniejszego dla wad objawu, t. j. powiększenia komór w obrazie rentgenologicznym; serca te niczem więcej nie różnią się od serc wiszących, jak tylko innym kształtem. Takie serca zauważałem bardzo często; kształt »mitralny« częściej, niż »aortowy«; pierwszy przeważnie u ludzi młodych, drugi u starszych, lecz zawsze u ludzi o typie astenicznym. Serca te uważam, podobnie jak serca wiszące, za typy, względnie odmiany serc t. zw. prawidłowych, lecz słabych, astenicznych, o niezupełnie prawidłowym mięśniu, oraz małej jego wydatności. Te typy spotykałem dawniej czasem u kobiet; w obecnych czasach wyłaniają się te typy i u mężczyzn z pośród ogromnego materyału poborowego.

Serca asteniczne, w których rozwinęła się wada zastawkowa — gdyż i takie miałem sposobność spostrzegać — i to znów najczęściej wada zastawki dwudzielnej, przedstawiają się nieco inaczej; prócz tego, że mają w obrazie rentgenologicznym kształt właściwy dla danej wady, wymiary ogólne takich serc niewiele się zwiększają; serce takie pozostaje nadal małe w porównaniu do wymiarów serc poprzednio prawidłowo rozwiniętych, w których rozwinęła się wada zastawkowa; są jednak większe, niż czyste serca »wiszące« (cor pendulum). Na konturach tych serc zauważa się powiększenie komór sercowych, lecz nie w tym stopniu, jak to widzimy w przypadkach wad serca, prawidłowo z natury rozwiniętego. Jestto dowodem, że w sercu niedokształconem rozwija się w następstwie wady zastawkowej powiększenie (przerost) odpowiednich jego części, lecz tylko w takim stopniu, w jakim serce takie jest zdolne wogóle do przerastania. Prócz tego, co jest najważniejsze, serca te klinicznie dają objawy wady zastawkowej, które jednak niezawsze są wyraźne. O tych kombinacyach pamiętać należy przy ocenianiu zdolności badanego osobnika, by uniknąć pomyłek oraz szkodliwych następstw dla chorego. Łatwo bowiem, opierając się tylko na wymiarach, które w tych przypadkach są prawie prawidłowe (np. 12 lub 13 cm), a nie uwzględniając kształtu serca, możemy dojść do oceny mylnej.

Kilka słów w sprawie aorty i jej rozszerzeń. W ocenianiu rozszerzeń aorty opieramy się również na pewnych liczbach średnich. Szerokość prawidłowej aorty waha się w granicach od 4—6 cm, zależnie od wieku badanego. Nie będę tu omawiać rozszerzeń aorty wogóle, polegających na tle czy to kiły, czy miażdżycy, chcę tylko zwrócić uwagę na jeden szczegół, który często miałem sposobność spostrzegać wśród mego materyału, t. j. uderzający niestosunek między wielkością serca, a szerokością aorty. Przy prawidłowem sercu i prawidłowej aorcie szerokość jej powinna wynosić średnio mniej więcej $^{1}/_{3}$ szerokości serca. Tymczasem zdarzało mi się niejednokrotnie spostrzegać serce małe, tak u starszych, jak i u młodych ludzi, z niezwykle szeroką aortą, mającą połowę lub więcej nawet szerokości serca. Zapewne serce takie nie jest prawidłowe; wprawdzie szeroka aorta nie daje na razie objawów chorobowych, względnie nie zaznacza jeszcze swego wpływu na serce w tych warunkach, w jakich badany się znajduje, lecz w innych warunkach może to łatwo zmienić się na niekorzyść.

Muszę tu poruszyć jeszcze sprawę rozpoznawania przerostu serca w obrazie rentgenologicznym. Czynię to dlatego, że słyszy się często zdanie, iż sposobem rentgenologicznym nie można rozpoznać wczesnego przerostu serca. Otóż przyznać muszę, że o ile rozpoznawanie daleko posuniętych przerostów lub rozszerzeń serca w następstwie wad sercowych nie przedstawia żadnych trudności, o tyle rozpoznawanie wczesnych przerostów serca, zwłaszcza samorodnych, jest często trudne. Jestem jednak tego zdania, że i w tych przypadkach możemy niejednokrotnie rozpoznawać te stany, przyczem kierujemy się takiemi danemi, jak wielkością cienia komory, kształtem koniuszka serca, jego grubością, tętnieniem i t. p.

W końcu chcę zwrócić uwagę na jeden szczegół, tyczący się badania rentgenologicznego serca, podniesiony w ostatnich czasach przez Zebbego, t. j. na badanie stanu napięcia (tonus) mięśnia sercowego sposobem rentgenolo-

gicznym. Badanie to nie było dotychczas w rentgenologii uwzględniane.

Jak wiadomo, mięsień sercowy zmienia w warunkach patologicznych swoje napięcie; mięsień zwyrodniały ma być wiotki, w niektórych zaś znów stanach może mieć napięcie wzmożone. Te zmiany napięcia można obserwować w obrazie rentgenologicznym. W tym celu bada się w sposób następujący: Poleca się badanemu głęboko wciągnąć powietrze i w czasie tego głębokiego wdechu oznacza się wymiar podłużny serca (tj. linię, łączącą kąt przedsionkowo naczyniowy prawy z koniuszkiem serca), następnie poleca się powietrze wypuścić i w czasie wydechu oznacza się znów tensam wymiar. W przypadkach prawidłowych wymiary te leżą równolegle do siebie (serce bowiem, jak wiadomo, zmienia swe położenie w czasie faz oddechania) tak, że kąt nachylenia serca, utworzony przez oś podłużną serca i oś pionową ciała, pozostaje tak w czasie wdechu, jak i w czasie wydechu zawsze równy. Serce zatem prawidłowe podnosi się i opada w czasie oddychania, lecz nachylenia swego nie zmienia; również i kształt serca nie ulega zmianom podczas wydechu. Inaczej rzecz się przedstawia w przypadkach serc słabych i zwyrodniałych. Serce takie, które w czasie wdechu może mieć zupełnie prawidłowy kształt, zmienia w czasie wydechu swój kształt bardzo wybitnie; oś podłużna takiego serca staje się bardziej poziomą, a kąt nachylenia serca zbliża się do kąta prostego. Serce niejako rozszerza się i spłaszcza na przeponie.

W odróżnieniu od tego, serce hypertoniczne, a więc posiadające napięcie wzmożone, jakie znajdujemy n. p. przy wadach zastawek tętnicy głównej, czasem przy miażdżycy, serce, cechujące się znacznym przerostem komory lewej, koniuszkiem grubym i szerokim, ciążącym na przeponę i wtłaczającym ją niejako w głąb, to serce nie zmieni się całkiem w czasie wdechu i wydechu, nie zmieni ani swego wymiaru podłużnego, ani kąta nachylenia.

To badanie napięcia mięśnia sercowego miałem sposobność sprawdzić na moim materyale i potwierdzam jego wyniki w zupełności, a sądzę, że uwzględniając je częściej, niż to dotąd się działo, możemy w wątpliwych przypadkach opierać się na jego wyniku przy ocenie stanu mięśnia sercowego i jego sprawności.

Do zmian stanów napięcia mięśnia sercowego należy mojem zdaniem odnieść n. p. ten fakt, że czasem opukiwaniem stwierdzamy powiększenie serca, a rentgenologicznie nie znajdujemy go, a to dlatego, że oznaczaliśmy wielkość serca w czasie wydechu, kiedy serce zmieniło swój kształt.

Jak z powyższego widać, jest badanie rentgenologiczne metodą rozpoznawczą pomocniczą bardzo cenną i w wielu przypadkach nietylko ułatwia rozpoznanie, lecz nawet może je rozstrzygnąć. Toteż badanie to odgrywa dużą rolę obecnie, kiedy to więcej może, niż dawniej, zależy na wysubtelnieniu rozpoznania, od którego zawisłe są losy badanego.

Żałować tylko należy, że ogromnego materyału badanych nie można należycie opracować, głównie z powodu braku czasu na obserwacyę kliniczną; materyał ten bowiem zmienia się szybko i niknie z oczu lekarza przeważnie bezpowrotnie. Dlatego też bardzo przeważna część spostrzeżeń w sprawie stanu serca, ogłaszana obecnie, jest materyałem wprawdzie wiarygodnym i cennym, lecz przeważnie niezupełnym.

Oceny i sprawozdania.

A. Bochenek. **Anatomia człowieka.** T. II i III. Przygotował do druku Prof. Stanisław Ciechanowski. Kraków 1916.

Kiedy w sprawozdaniu z pierwszego tomu »Anatomii« ś. p. prof. A. Bochenka dawałem wyraz radości, że ukazało się w polskim języku dzieło, którego brak dawał się oddawna odczuwać, i wyraziłem życzenie, aby dzieło to, z tak wielkim nakładem pracy i kosztów wydane, przyniosło społeczeństwu jak największe korzyści, przypuszczałem, że wobec zapału Bochenka do tej zwłaszcza pracy ukażą się niebawem i dalsze tomy. Nadzieja zawiodła; przedwczesna śmierć autora przerwała tak pięknie rozpoczęte dzieło. Pojawienie się dalszych tomów zdawało się nietylko wątpliwem, lecz wprost wykluczonem.

Tem większą niespodzianką było ukazanie się drugiego, a wkrótce potem trzeciego tomu »Anatomii człowieka« w opracowaniu prof. Dra Stan. Ciechanowskiego. Pełne uznanie należy się koledze Ciechanowskiemu, że podjął się trudu z rękopisu, pozostawionego przez ś. p. Bochenka, stworzenia dalszych części, któreby z pierwszą łączyły się godnie w jednolitą całość. Obecnie mamy przed sobą tom II i III, brak jeszcze tomu, któryby objął anatomię skóry, układu nerwowego i zmysłów. Są to działy (a zwłaszcza układ nerwowy), które obrał sobie Bochenek, jako specyalne pole badań i które skłoniły go prawdopodobnie do rozpoczęcia całości »Anatomii człowieka«. Byłyby mu też one nastręczały mniej pracy, niż komukolwiek innemu, nie zajmującemu się bliżej tą dziedziną. Strata też tem dotkliwsza, że właśnie z tego działu nie pozostawił zmarły żadnych zapisków.

Wielką byłoby szkodą, gdyby dzieło, w które już drugi autor włożył tak wiele trudu, pozostało niedokończonem. Powody, które skłoniły kol. Ciechanowskiego do wykończenia tomu II i III, powinny wpłynąć na lekarzy specyalistów i zachęcić ich do uzupełnienia dzieła wspólnemi siłami. A ważne one nader, bo celem ich pomoc, dana uczącej się młodzieży, której szeregi wzrosły znacznie przez otwarcie trzeciej wszechnicy polskiej. Do obudzonej z dłuższego letargu garnie się teraz młodzież z tem większym zapałem, żądna polskiego wykładu i polskich podręczników. Dowodem wyczerpanie zupełne pierwszego tomu »Anatomii człowieka« i konieczna potrzeba powtórnego wydania.

Tom drugi zawiera anatomię narządów trawienia, oddechowych i moczowopłciowych, trzeci anatomię otrzewnej i narządów krążenia. Jak we wszystkich naszych podręcznikach, każdy nowy rozdział anatomii poprzedzony jest wstępem z embryologii, który wprowadza czytelnika lepiej w bardzo często zawiłe stosunki anatomiczne narządów, jak n. p. moczowopłciowych. Jest to naturalna i dydaktycznie najwłaściwsza droga, wiodąca od stosunków prostych do zawiłych. Dalej następują krótkie wzmianki z anatomii porównawczej danego narządu, histologia i w bardzo obszernym zakresie anatomia jego. Skutkiem tego dzieło obejmuje właściwie całokształt morfologii ciała ludzkiego i odbiega daleko od większości suchych podręczników, z których uczyliśmy się niegdyś anatomii.

Opisy poszczególnych narządów są jasne, język płynny, dzieło więc czyta się łatwo i z przyjemnością. Podczas gdy Bochenek używał mianownictwa, którem posługiwał się w wykładach, to kol. Ciechanowski trzyma się wskazówek, zawartych w »Słowniku lekarskim«. Jakkolwiek wskutek tego panuje pewna niezgodność nazw użytych w tomie I, a II i III, to jednak stanowisko kol. Ciechanowskiego jest zupełnie słuszne, bo tylko na tej drodze da się osiągnąć ujednostajnienie mianownictwa z dziedziny anatomii.

Rzecz inna, czy »Słownik«, mimo długoletnich wysiłków współpracowników, nie zawiera pewnych niedokładności i czy nie należałoby się jeszcze zająć usunięciem ich z niego, jeżeli ma się stać dobrym przewodnikiem w mianownictwie z zakresu medycyny.

Tak n. p. dla »coccyx« podaje Krysiński w swem »Słownictwie anatomicznem« nazwę »kość guzicowa«, a dla »coccygeus« »należący do kości guzicowej« i »guzicowy«, którą to nazwę w poprawniejszej formie »guziczny« przyjął także »Słownik lekarski« i użył jej kol. Ciechanowski. Nie wiem, z jakiego powodu Krysiński nazwał tę kość »guzicową« (nazwa jej obca powstała podobno z powodu podobieństwa do dzióba kukułki — ὁ κόκκυξ i używali tej nazwy już starożytni lekarze, n. p. Rufus, żyjący za panowania cesarza Trajana); widocznie jednak nie oswoił się całkowicie z tym wyrazem, skoro na str. 228 »Słownictwa« mówi o mięśniu ogonowym (m. coccygeus). Nazwę »ogonowy« zamiast »guziczny« uważam za odpowiedniejszą, nietylko ze względu na anatomię porównawczą, lecz także topografię.

Dla oznaczenia miejsca, leżącego bliżej głowy, wolałbym unikać wyrazu »główi«; lepszym już jest, jak sądzę, »głowowy«.

»Regio epigastrica« nazwano w »Słowniku« nadpępczem, tymczasem »reg. hypogastrica« podbrzuszem, ponieważ nazwa podpępcze jest — według »Słownika« — przestarzała. Konse-

kwentniej jednak byłoby używać odpowiednio do wyrazu »nadpępcze« — »podpępcze«, albo też, mojem zdaniem lepiej, »nadbrzusze« i »podbrzusze«, jak to uczynił Bochenek w tomie pierwszym, dzieląc okolicę brzuszną na: nad-, śród- i podbrzusze. W tomie III znajdujemy naczynie »A. epigastrica sup.« nazwane »tętnicą nabrzuszną górną« czyli »nadpępkową«, a »A. epig. infer.« »nabrzuszną dolną«, dalej zaś »A. hypogastrica« — »tętnicą podbrzuszną«. Z nazw tych tętnic widać, że niekonieczną jest nazwa »nadpępcze«, skoro dla określenia tętnic tej okolicy użyto nazwy tętnicy »nabrzusznej«. Nazwa »tętnica pępkowa« istnieje zresztą dla określenia naczynia, z powyższemi nie mającego nic wspólnego.

Czytamy dalej o ślinianice podszczękowej, podjęzykowej, dlaczegoż więc wprowadzać na oznaczenie ślinianki przyusznej wyraz »przyusznica«. Nie jest on ani ładniej brzmiącym, ani nie określa lepiej narządu, przeciwnie wymaga sam bliższego wyjaśnienia. Należałoby go więc poniechać i zostawić nazwę »ślinianki przyusznej«, która to zresztą nazwa znajduje się w »Słowniku« jako tłómaczenie wyrazu »parotis« na pierwszem miejscu.

Przy opisie budowy trzustki znajdujemy także wzmiankę o komórkach wstawkowych, które przechodzą miejscami do właściwych odcinków wydzielniczych. Są one nazwane »komórkami przynabłonkowemi«. Odkrywca ich Langerhans nazwał je »centroacinäre Zellen«; dosłownie tłómacząc, nazwaćby je należało komórkami śródgronowemi, co nawet lepiej odpowiada ich położeniu w gruczole. Nazwy nabłonek i przybłonek są zresztą oznaczeniami równorzędnemi, ponieważ nazwa »przybłonek« utrzymuje się jeszcze ciągle w naszem piśmiennictwie obok nazwy »nabłonek«.

Bardzo niemiłe są także wyrazy »więzozrost« (syndesmosis) i »chrząstkozrost« (synchondrosis), użyte zresztą i w tomie pierwszym. »Słownik« zaleca na pierwszem miejscu »spojenie więziste« i »chrząstkowe«, jak sądzę lepsze określenia, niż obce językowi polskiemu wyrazy złożone.

Tkanka adenoidalna oznacza wprawdzie dosłownie tkankę gruczołowatą, dla uniknięcia jednak pomyłek u uczących się, radziłbym wszędzie pozostawić obcego pochodzenia nazwę »adenoidalna«.

Należałoby też może zmienić w »Słowniku« nazwę »gruczołów chłonnych« lub »limfatycznych«, ponieważ twory te nie mają ani budowy gruczołów, ani nie rozwijają się z ektodermy lub entodermy, ani też nie są czynne jako gruczoły. Niemcy już od roku 1874 wprowadzili w miejsce nazwy »gruczołów limfatycznych« nazwę »węzłów« (Lymphknoten), która to nazwa przyjęła się na ogół w literaturze niemieckiej; pozostała tylko nazwa łacińska »lymphoglandulae«, zalecona przez komisyę bazylejską.

»Venae cardinales« dosłownie tłómacząc są w istocie żyłami »zasadniczemi«; znane są one jednak we wszystkich językach pod ich łacińską nazwą żył »kardynalnych«. Tak też oznaczono je i w pierwszym tomie »Anatomii człowieka«.

W następnych wydaniach podręcznika należałoby zastanowić się nad tem, czy potrzebne jest podawanie na końcu rozdziałów spisu prac z odnośnej dziedziny badań, jaki zestawił Bochenek. Sądzę, że skoro chodzi o sporne zapatrywania, powinno się w tekście cytować autorów poglądów różnych, jak to też zresztą uczyniono w podręczniku; ale przytaczanie kilku prac, odnoszących się do pewnego rozdziału, na końcu tegoż rozdziału, wydaje mi się zbytecznem, zwłaszcza jeżeli nie jest to przeprowadzone równomiernie. I tak n. p. podane jest na str. 15 piśmiennictwo, odnoszące się do kubków smakowych, a w innych miejscach, n. p. przy trzustce, przy narządach moczowopłciowych, nadnerczach i t. d. nie jest wcale przytoczone. Jeżeli wskazówki z literatury mają mieć pewną wartość, to powinny być podane prace, w których czytelnik, pragnący dokładniej zapoznać się z danem zagadnieniem, znajdzie zestawioną przynajmniej literaturę i należałoby spis takich prac umieszczać przy końcu każdego rozdziału. Ponieważ jednak jest to zadanie nie łatwe, sądzę więc, że możnaby bez uszczerbku dla dobra podręcznika opuścić całkowicie spisy literatury, podane pierwotnie przez Bochenka.

Ważną sprawą jest objaśnienie znaczenia wyrazów z obcego języka. Jest to rzecz bardzo pożyteczna i poświęciłbym jej nawet więcej uwagi ze względów dydaktycznych, niż ma to miejsce w podręczniku. Trzeba sobie wyobrazić, że uczniowie, którzy po raz pierwszy uczą się anatomii, muszą zapamiętać sobie mnóstwo nazw, dla nich zupełnie nowych. Jest to znaczne obarczenie pamięci, podczas gdy objaśnienie źródłowe w bardzo wielu przypadkach zapamiętanie nazwy i jej znaczenia ułatwia. Tylko niewielka stosunkowo liczba nazw, pochodzenia arabskiego, również źródłowo wyjaśnionych, pozostałaby do mechanicznego wyuczenia.

Należałoby też w następnych wydaniach przeprowadzić drobne zmiany w treści podręcznika.

Na str. 30 T. II wiersz 1 od góry należałoby opuścić zdanie, rozpoczynające się od »podobnie jak łuski...« aż do »zwierząt kręgowych«, gdyż uczący się może na podstawie tego zdania dojść do przekonania, że skóra niższych ryb najeżona jest zębami. W rzeczywistości jest ona jednak tylko szorstka, bo ząbki są u żarłaczy bardzo małe, u innych wprawdzie większe, lecz dachówkowato ułożone. Zresztą łuski ryb wyższych, a pióra i włosy są tworami, morfologicznie zasadniczo różniącymi się.

Opuściłbym również cały ustęp o uzębieniu jedno-, dwu- i wieloszeregowem (od słów: »Ze względów... polyfyodontycznego«), ponieważ objaśnienie jest zanadto krótkie, aby uczący się miał z niego jaką korzyść, a nadto znajduje się o tem wzmianka w końcowym ustępie na str. 51 T. II.

Wzory uzębienia (str. 31 T. II) powinny być podane przejrzyściej.

Przy opisie ogólnej budowy ślinianek na str. 74 T. II (ustęp końcowy) nie jest jasnem objaśnienie; niepotrzebny jest mianowicie wyraz: »dwurzędowy«.

Na str. 172 T. II zaszła jakaś omyłka, gdy mowa o chrząstce przylemieszowej, która leży: »u podstawy chrząstki przegrody poza otworem kłowym«. »Foramen incisivum«, o którem tutaj mowa, nazywa się otworem przysiecznym, a chrząstka przylemieszowa leży u podstawy przegrody chrząstkowej nosa, przed otworem przysiecznym.

Przy opisie budowy naczyń krwionośnych powinno być wspomniane, że w nowszych czasach rozróżnia się warstwę śródbłonka i warstwę uzupełniającą (membrana accessoria), która dzieli się na błonę wewnętrzną, środkową lub mięśniową i zewnętrzną. Podział taki jest słuszny, albowiem uwzględnia warstwę śródbłonkową, jako najistotniejszą, podczas gdy wszystkie inne warstwy są zmienne.

Z nielicznych błędów drukarskich zaznaczam następujące: na str. 22 T. II (wiersz 3 od góry) zamiast »stanową« ma być »stanowią«; w rys. 49 T. II brak jednego objaśnienia, mianowicie »tuba auditiva«: w objaśnieniu rys. 72 T. II na str. 90 zamiast »Cr. aterale diaphragmatis« ma być »Cr. laterale d.«; na str. 284 T. II zamiast »Sertollego« ma być »Sertoliego«; na str. 332 T. II zamiast »Mahl« ma być »Mall«; na str. 277 T. III zamiast »Fovara« ma być »Favara«; na str. 286 T. III zamiast »Worthin« ma być »Warthin«; na rys. 21 str. 23 T. III zamiast »Ligamen. vesicoumbiltcale« ma być »L. vesicoumbilicale«.

Na str. 56 T. III, gdzie mowa o barwiku krwi, zamiast zwierząt »kręgowych« ma być »bezkręgowych« i taksamo w zdaniu następnem.

Dzieło bogate jest w piękne rysunki; tom II zawiera ich 386, a III 158. Tylko ryciny rozwoju zębów, wykonane według modeli Rösego, nie dają należytego pojęcia o tych stosunkach; mogłyby być przeto opuszczone. Na rys. 4 str. 5 T. III zapewne wskutek pomyłki drukarskiej niema krezki brzusznej, na którą wskazuje objaśnienie. Rys. 39 krwi na str. 56 T. III wypadł niedobrze, cieniowanie w środku krwinek powinno być delikatniejsze. Rys. 135 na str. 258 T. III powinien być odwrócony.

Nieliczne te usterki dadzą się w następnem wydaniu łatwo usunąć i nie obniżają wartości obecnego wydania. Podobne braki możnaby wyszukać w każdem większem dziele, a cóż dopiero w tem, które wydano wśród tak trudnych warunków. Mimo tego staje ono, jako całość ocenione, na równi z nowszymi podręcznikami niemieckimi, a w niektórych punktach nawet je przewyższa. Tak n. p. opisane są fałdy i zachyłki w sąsiedztwie kiszki ślepej i kształty odbytnicy o wiele dokładniej, niż w innych podręcznikach. Jeszcze szczegółowiej traktowany jest opis otrzewnej; rozdziały, które dla chirurga mają doniosłe znaczenie. Również układ przedsionkowo-komorowy serca został uwzględniony w wyższym stopniu, niż zwykle. Uważam to za bardzo korzystne, bo odróżnia podręcznik dodatnio od innych i nadaje mu piętno oryginalności.

Trud, który poniósł kol. Ciechanowski około wydania podręcznika, zrównoważy mu zadowolenie, że wykończył dzieło niezmiernie pożyteczne, które u Kolegów i młodzieży przysporzy mu uznania i wdzięczności. H. Hoyer.

Dr Feliks Malinowski. **Choroby weneryczne.** Tom II. Wrzód weneryczny, zgorzelinowy, zwyczajny. Zapalenie żołędzi. Lepieże stożkowate. Rzeżączka. — Dodatek do tomu I. Warszawa 1916. Wydano przy współudziale Kasy im. Mianowskiego.

Rzadko zjawia się w naszem piśmiennictwie lekarskiem książka, jak wymieniona, bo nie obfitujemy w podręczniki w żadnej dziedzinie nauk lekarskich. Dr Malinowski, znany jako autor podręcznika o kile, wydanego przed kilku laty, i jako redaktor »Przeglądu chorób skórnych i wenerycz.«, zestawił w jasny i przejrzysty podręcznik patologię i leczenie rzeżączki, wrzodu wenerycznego i zapaleń żołędzi. Na szczególniejszą uwagę zasługuje opracowanie bakteryologii tych chorób i chorób klinicznie im pokrewnych, podanie potrzebnych szczegółów z anatomii patologicznej, wreszcie zestawienie sposobów badania i leczenia z uwzględnieniem leczenia nowoczesnego (szczepionkami). Obok własnego doświadczenia klinicznego i pracownianego uwzględnia autor we wszystkich działach piśmiennictwo, a w szczególności ojczyste, co poczytać należy za wielką zasługę. Układ całego dzieła jest obok jasności dla czytelnika dogodny, a wszystkie ważniejsze kwestye objaśniają rysunki w tekscie (40) i kilka tablic z dobrze dobranymi barwnymi obrazami.

W dołączonym dodatku omawia i objaśnia autor dotychczasowymi wynikami różnych autorów dwie sprawy, należące do pierwszego, dawniej wydanego tomu podręcznika, mianowicie: znaczenie odczynu Wassermana i chemoterapię kiły. Dodatni odczyn Wassermanna jest dla autora wskaźnikiem, że, czy z początku choroby, czy w okresie późniejszym, utajonym, powinno się stosować leczenie przeciwkiłowe. »Wynik ujemny stale otrzymywany wskazuje na zaprzestanie leczenia«. W drugiej części, obok omawiania wyników działania salwarsanu i pokrewnych przetworów francuskich (hektyna), porównywa je autor z neosalwarsanem.

Przy czytaniu dzieła nasuwają się pewne uwagi. Używanie obcych wyrazów zamiast swojskich (n. p. stale »szprycowanie« zamiast wstrzykiwanie) razi w niektórych miejscach czytelnika, zwłaszcza wobec rozwoju polskiego słownictwa nauk lekarskich. Powtóre należałoby, mojem zdaniem, podawać, oprócz nazwisk autorów, źródła piśmiennictwa, jakoteż daty, czy na końcu odpowiednich ustępów, czy jako odnośniki. Wreszcie byłby pożądany szczegółowy spis rzeczy, jakoteż spis autorów, co dziś weszło już słusznie wszędzie w użycie i wcale nie jest bez znaczenia dla dzieł tego rodzaju. Te małe usterki nie obniżają wartości omawianej książki, która przyniesie wielki pożytek kształcącej się w naukach lekarskich młodzieży i tym lekarzom praktycznym (nie-specyalistom), którzy dziś coraz więcej z chorobami wenerycznemi stykać się muszą. Trud autora, który włożył w opracowanie podręcznika dużo pracy, opłaci się sowicie tem przeświadczeniem, że książka jego znajdzie się w wielu rękach.

Na uznanie zasługuje Kasa pomocy naukowej im. J. Mianowskiego, która umożliwiła autorowi wydanie dzieła, odznaczającego się — obok zalet wewnętrznych — i piękną szatą zewnętrzną.

F. Krzyształowicz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 13. XII. 1916 posiedzenie, na którem prof. Wachholz przedstawił szereg przyczynków do kazuistyki sądowolekarskiej, a prof. Latkowski chorego ze swego oddziału. W dyskusyach przemawiali kol. Ciechanowski, Radliński, Wachholz. Na temże posiedzeniu dokonano wyborów Zarządu Towarzystwa. Prezesem został wybrany prof. Dr Ciechanowski, wiceprezesem Dr Otokar Lang, dyrektor szpitala św. Ludwika, sekretarką doroczną Dr Wyżykowska-Michejdzina. Skarbnikiem wybrano ponownie na trzy lata Dr Akermana, gospodarzem domu ponownie na trzy lata doc. Dr Seńkowskiego. (Sekretarz stały, bibliotekarz, oraz redaktor »Przeglądu lekarskiego« i podskarbi komisyi redakcyjnej pozostają na swych urzędach do końca trzechletnich kadencyi). Stałym przewodniczącym komisyi słownikowej pozostaje prof. Browicz. Do komisyi rewizyjnej wybrani zostali ponownie radca Dr T. Piotrowski i prym. Dr Wachtel, do komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« ponownie Dr Blassberg, prof. Browicz, prof. Krzyształowicz, prof. Majewski, prof. Rutkowski, delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich ponownie prof. Browicz i prof. Ciechanowski, delegatem do komisyi rewizyjnej tegoż Towarzystwa ponownie prezydent Izby lek., Dr Schöngut; grono delegatów na Walne Zgromadzenie tegoż Towarzystwa, uszczuplone przez śmierć, uzupełniono wyborem dyr. Dr Langa na delegata, a prof. Majewskiego i Dr Służewskiego na zastępców.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali pp.: Henryk Onichimowski, rodem z Winin na Litwie, Jan Szewczykowski z Janowa w Lubelskiem.

— Jak donoszą dzienniki, 16. XII. 1916 odbyła się w szpitalu św. Łazarza w Krakowie konferencya, zwołana przez galicyjski Wydział krajowy, w sprawie ujednostajnienia walki z gruźlicą w naszym kraju. W konferencyi wzięli udział: z ramienia Namiestnictwa protomedyk radca Dr Lachowicz i inspektor sanitarny Dr Kuhn, z ramienia Wydziału krajowego szef departamentu sanitarnego Dr Bernadzikowski, inspektor krajowych szpitali Dr Lipski, oraz wicesekretarz Wydziału krajowego Ostrowski-Bełza, krakowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą prof. Dr Kostanecki, oraz fizyk miejski doc. Dr Janiszewski, lwowskiego Koła prof. Dr Wiczkowski, Tow. kraj. Czerwonego Krzyża Kazimierz ks. Czartoryski i prymaryusz Dr Ziembicki, krajowej Komisyi opieki nad inwalidami radcy dw. Brückner i Szlachtowski, wreszcie z ramienia szpitala krakowskiego dyrektor Dr Mazurkiewicz. Uchwalono dla kierowania całą akcyą powołać do życia Krajową Komisyę dla zwalczania gruźlicy. W skład tej komisyi wejdzie po dwóch przedstawicieli departamentu sanitarnego Namiestnictwa i Wydziału krajowego, Tow. kraj. Czerwonego Krzyża, Kraj. Komisyi opieki nad inwalidami, wreszcie lwowskiego i krakowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą, a po jednym przedstawicielu Wydziału lekarskiego w uniwersytecie lwowskim i krakowskim. Na razie siedzibą tej komisyi bę-

dzie Kraków, a przewodnictwo obejmie reprezentant Wydziału krajowego. W Krakowie też założono biuro dla załatwiania spraw pilnych i dla wykonywania powziętych uchwał. W skład tego biura wchodzą: dyrektor doc. Dr Mazurkiewicz, doc. Dr Janiszewski i Dr Wiczkowski ze Lwowa. Zadaniem komisyi będzie wyjednywanie funduszów u władz centralnych, oraz zarządzanie nimi, popieranie i budowa szpitali i sanatoryów dla gruźliczych, nadzorowanie akcyi przeciwgruźliczej w całym kraju i t. d. Organami wykonawczymi będą Koła krajowego Towarzystwa walki z gruźlicą. Konferencya wyraziła zapatrywanie, że przy budowie szpitali dla inwalidów gruźliczych w Galicyi nie można pominąć budowy takiego szpitala w Krakowie. Wydział krajowy zaprojektował urządzenie pawilonów dla chorych na gruźlicę przy następujących szpitalach krajowych: Lwów: dwa budynki po 50 łóżek, Nowy Targ: jeden budynek na 50 łóżek, Gorlice: jeden budynek na 50 łóżek, Jarosław: jeden budynek na 50 łóżek, Tarnobrzeg: jeden budynek na 50 łóżek, Wadowice: jeden budynek na 22 łóżka, Żywiec: jeden budynek na 22 łóżka. Żądany kredyt na budowę powyższych objektów wynosi 2 miliony koron. Na razie budynki te będą przeznaczone dla inwalidów gruźliczych. Budowa ich rozpocznie się po przyznaniu potrzebnego kredytu przez rząd. Krajowa Komisya opieki nad inwalidami w Krakowie otwiera w styczniu 1917 na Prądniku Czerwonym, w miejskich zakładach sanitarnych, sanatoryum na 100 łóżek dla chorych na gruźlicę inwalidów.

Lwów. Do prof. Jurasza, zaproszonego przez Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego do objęcia katedry laryngologii, udała się, jak donoszą dzienniki lwowskie, deputacya Uniwersytetu lwowskiego, złożona z rektora i dziekanów, z prośbą, by pozostał na katedrze we Lwowie, a prof. Jurasz do tego się przychylił.

Warszawa. Sekcya higieny szkolnej miasta Warszawy opiekuje się nietylko wszystkiemi szkołami, ale także ochronami; w ten sposób zajmuje się 900 oddziałami po 50 (średnio) dzieci. Liczba lekarzy szkolnych wzrosła do 39. Podkomisya kąpielowa Sekcyi szkolnej przeprowadziła we wrześniu i październiku 44.698 kąpieli (część dzieci kąpała się dwukrotnie, część zaś trzykrotnie) w 8 kąpielach centralnych i 4 własnych szkolnych.

— Urząd zdrowia wraz z komisyą mieszkaniową Zarządu miasta opracował szczegółowy projekt inspekcyi mieszkaniowej na wzór instytucyi, działających na zachodzie.

— Sekcya chirurgiczna uchwaliła wybrać komisyę dla opracowania dokładnej polskiej terminologii narzędzi chirurgicznych. Do komisyi weszli kol. Kryński, Leśniowski, Wł. i Cz. Stankiewicz, Zweigbaum, Wertheim, oraz Sawicki, jako przewodniczący.

— Liczba słuchaczy medycyny w Warszawie doszła 800, w tem 55 kobiet.

Z różnych stron. W ciągu obecnej wojny zginęło w armiach niemieckich 395 lekarzy na polu walki, zmarło z chorób 214, rannych ciężko było 221, lekko 677, dostało się do niewoli 200, zaginęło 110. (Berl. Aerzte-Korr.).

Redakcya otrzymała: Serkowski: Przyrost naturalny ludności jako zagadnienie higieny socyalnej. Warszawa 1917. (Wydawnictwo Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy polskich). — Dr M. Biehlerowa: Podręcznik higieny. Warszawa 1916. (Gebethner i Wolff). — Kraszewski: Kalk und Magnesia in der Nahrung der Arbeiterklassen in Warschau. (Archiv f. Hygiene 1916). — Zawałkiewicz: Chemia farmaceutyczna, podręcznik dla farmaceutów i lekarzy. Lwów 1915. Stron 420, z 58 rycinami i 10 tablicami w tekscie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 1916. (J. F. Lehmann). Zeszyt za grudzień. Cena 2·50 Mk.

Ostatni zeszyt zeszłoroczny zawiera prace z zakresu chirurgii i ortopedyi, jakoto prof. Schloffera: »O leczeniu przetok po postrzałach kończyn«, prof. Zellera: »Powikłania postrzałów płuc i ich leczenie chirurgiczne«, prof. Biesalskiego: »Budowa protez od początku wojny«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1916 (ciąg dalszy).

Gazeta lek. Nr 24—26 (50—52) 1916: Puławski: Rokowanie w chorobie Basedowa i jej leczenie chirurgiczne (24—25).— Sławiński: Zużytkowanie do przelewania krwi z krwotoków jamy brzusznej i piersiowej (24). — Bączkiewicz (dok. 25).— Szokalski: Żółtaczka hemolityczna w świetle badań ostatnich (25—26). — Grzywo-Dąbrowski: Spostrzeżenia z dziedziny anatomii patologicznej duru osutkowego (26).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 50—52, 1916: Majewska: Przyczynek do bakteryoterapii dożylnej duru brzusznego (50—51). — A. i S. Sterling: O tak zw. chorobie puchlinowej (dok. 50). — Bregman: Szpitale a szkoła pielęgniarstwa (50).— Jaworski: Zmiany w narządach płciowych kobiecych i zaburzenia w sferze płciowej kobiet, jako następstwa niedostatecznego odżywiania (51—52).

Zdrowie Zesz. 12: Hewelke: W sprawie regestracyi suchotników. — Dobrzyński: Kilka ważnych zadań w związku z reformą mieszkaniową. — Zapasiewicz: W sprawie szczepień przeciwcholerycznych.

Kronika dentystyczna Nr 12: Krakowski: Rys ogólny sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Nr 2. Kraków, 13. stycznia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).



Rok LVI. Kraków, 13. stycznia 1917. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi nad etyologią, patogenezą i rozpoznawaniem wrzodu dwunastnicy

podał

Antoni Gluziński

(na podstawie wykładu, wygłoszonego na III Zjeździe internistów polskich we Lwowie w d. 20 lipca 1914 r.).

(Ciąg dalszy).

Przeglądając bowiem wywiady z lat poprzednich, zbierane zatem bez żadnego uprzedzenia, z przypadków bezwątpienia wrzodów żołądka, stwierdzam, że wiele z tych punktów spotykamy przy wrzodzie żołądka, tak n. p., że cierpienie rozpoczyna się od pieczenia, zgagi, a potem bólów raz zaraz po jedzeniu, w innych przypadkach w 2—4 godziny po jedzeniu, że i przy wrzodzie żołądka może być typowy ból głodowy, że wcale lub przez długi okres wymiotów niema i t. d. Jeżeli które punkta wymagają pewnego zastanowienia, to: a) długotrwałość cierpienia, b) peryodyczność objawów.

Wziąłem bez wyboru 24 historyi chorób niewątpliwego wrzodu żołądka, bo stwierdzonego operacyą, i cóż co do trwania objawów wykazały wywiady w tych przypadkach? — Oto, że 18 chorych, a byli to ludzie przeważnie między 30—40 r. życia, datuje swoje cierpienie od $^1/_2$—4 lat, — więc rzeczywiście nie przewlekłe, nie »das ganze Leben lang«, u 6 mamy jednak między 6—12 lat: dwanaście lat cierpi mężczyzna 24 lat liczący, 12 lat kobieta 32 lat licząca; a więc przy wrzodzie żołądka są przypadki długotrwałego cierpienia, czyli, że szczegół ten nie jest znów tak charakterystyczny.

Peryodyczność sprawy, zwalnianie objawów i zaostrzenia, zależne nieraz od zaziębień i pory roku, nie zaznaczają się rzeczywiście tak wybitnie; przy wrzodzie żołądka są zwolnienia, znane nam wszystkim, zależne od leczenia, zwolnienia na dłuższy czas lub i na stałe — ale wogóle peryodyczności niema.

Wyjątków jednak nie brak, które każdy z nas przytoczy, — nie brak też w wywiadach wspomnianych moich przypadków, n. p. mężczyzna 50-letni, który podaje, że przed laty po przeziębieniu dostał pierwszych objawów, że objawy te na lato wolniały, na zimę się zaostrzały, a stałe pogorszenie datuje się dopiero od 2 lat; nie brak przypadków, jakkolwiek ich znacznie mniej, w których ludzie borykają się od 12 lat ze zwolnieniami i zaostrzeniami, jakkolwiek mało co się leczą, ale z reguły peryodyczność tę stałą nie często w wywiadach spotykamy. Peryodyczność i długotrwałość objawów zatem, zależność od przeziębienia i pory roku, to szczegóły które, jeżeli są prawdziwe, zwracałyby rzeczywiście naszą uwagę i wymagają wyjaśnienia. Z góry zaznaczyć należy, że dziwne i trudne do pojęcia, aby za podstawę do rozpoznania brać »długotrwałość cierpienia« i kazać choremu »długo« cierpieć, »das ganze Leben lang«, aby zyskać podstawę rozpoznania. Ale tak ma być, więc rozebrać i zastanowić się nad tem należy.

Gdy zwrócimy n. p. uwagę na wywiady chorego kliniki mojej, mężczyzny, lat 38 liczącego, niewątpliwie cierpiącego na wrzód dwunastnicy, stwierdzony operacyą (gastroenterostomia), a niestety i sekcyą, — a więc przypadku, nie ulegającego co do rozpoznania wątpliwości, to stwierdzamy w wywiadach rzeczywiście szczegóły tak charakterystyczne, skreślone przez Moynihana, że rozpoznanie naprawdę z wywiadów samych się nasuwa.

Przypadek I. Od 17 r. życia rozpoczynają się objawy, polegające na zjawianiu się gniecenia w dołku podsercowym, odbijań i bólu naczczo rano (ból głodowy), z nudnościami a nawet czasem i wymiotami; po 3 tygodniach trwania objawów występuje bolesność pod prawym łukiem żebrowym; po 2 miesiącach objawy się uspokajają, chory może jeść wszystko, jednakże rok w rok przez lata, najczęściej w lutym, zapada na podobne cierpienie. Od $1^1/_2$ roku cierpienie się wzmogło — zjawia się i ból po jedzeniu w 1—$1^1/_2$ godziny, wymioty częstsze, czasem barwy zielonej, chory traci coraz bardziej na wadze, z 80 kg spada na 64 i w tym stanie zgłasza się do kliniki. Badanie treści żołądkowej, zachowania się żołądka promieniami Roentgena, wykrycie śladów krwi w stolcach, zmuszało do rozpoznania wrzodu, wywołującego zwężenie odźwiernika i do oddania chorego do operacyi.

Zapytać się godzi, czy u tego człowieka — u którego niestety sekcya stwierdziła ulcus duodeni chr. circa pylorum, perigastritis et periduodenitis fibrosa adhaesiva, pancreatitis chronica — przed 21 laty wrzód dwunastnicy powstawał w miesiącach zimowych, a goił się w miesiącach letnich? — tak trudne to do pojęcia. Gdyby nawet przyjąć, że początkowo były tylko »nadżerki«, które łatwo się goiły, aż później przed $1^1/_2$ rokiem n. p. powstał typowy wrzód dwunastnicy przewlekły, — to i tak zachodzą warunki jakieś w tym ustroju, które musiałyby usposabiać do tych nawrotów, lub też, że pierwotnie objawy w pierwszych latach odpowiadały innemu jakiemuś stanowi, który usposobił i dał powód do powstania później wrzodu dwunastnicy. Uderza jedna jeszcze okoliczność. W etyologii wrzodu dwunastnicy podniosłem, że w

23·4% powstaje wrzód dwunastnicy w przypadkach ogólnego wyniszczenia, a zwłaszcza w gruźlicy;
17·4% przy zaburzeniach w krążeniu (arteriosclerosis, nephritis i t. d.);
15·1% wśród ciężkich chorób zakaźnych (osteomyelitis, phlegmone i t. d.),

a skargi, opowiadania, objawy, musiały być znów u tych chorych niezawsze takie, aby zwracały szczególniejszą

uwagę, gdy zaledwie w jednym przypadku mówiono o wrzodzie żołądka, bo wystąpił nagły krwotok; że pewną liczbę tych chorych poddawano zabiegom operacyjnym nie koniecznym, takim, jak doszczętnym operacyom wolnych przepuklin, pępkowej, pachwinowej i t. d., czegoby, sądzę, nie czyniono, gdyby były charakterystyczne wywiady, zwracające uwagę na poważne cierpienie; że wreszcie w jednym przypadku mej kliniki z posuniętą gruźlicą, której chory uległ, a u którego rozpoznałem oprócz tego wrzód części odźwiernikowej, a sekcya wykazała wrzód dwunastnicy, wywiady wykazują, że objawy ze strony przewodu pokarmowego trwały zaledwie od $1^1/_2$ roku. Jakże odbijają od tych przypadków wywiady »charakterystyczne«, wywiady i obraz kliniczny wspomnianego n. p. wyżej przypadku!

Szczegóły te nasuwają myśl, którą trzeba się zająć i dalszemi spostrzeżeniami rozjaśnić, a mianowicie, że przypadki z tymi charakterystycznymi wywiadami, z tą przewlekłością cierpienia, ustawaniem i zaostrzeniami, to przypadki inne, niż te, które może się rozwijają na tle skreślonych chorób, które można uważać za pierwotne choroby, a wrzód dwunastnicy za »drugą« chorobę w myśl wywodów Rössla — nic dziwnego też, że w tych drugich przypadkach objawy nie mają tej długości, nie trwają »das ganze Leben lang«, nie mają peryodyczności, że późno się zjawiają i są po części inne.

Obraz anatomiczny i następstwa są w obydwu grupach tesame, a różnica w obrazie klinicznym, trwaniu i t. d. musi leżeć w przyczynie, w patogenezie danego wrzodu, wszystko jedno czy to wrzód żołądka, czy dwunastnicy.

Gdy dobrze rozpatrzymy wybitne przypadki wrzodu dwunastnicy z tymi długimi wywiadami, to znajdziemy w nich często cechy, które uderzyły mnie już przy wrzodzie żołądka, a które opisał z kliniki mojej docent Czernecki, cechy pewne konstytucyonalne, — które zebraliśmy zwłaszcza na 4 osobnikach tej samej rodziny, cierpiących na wrzód żołądka. Pogłębiając tę myśl dalej, obok »status asthenicus« Stielera, lub i bez niego, widzimy cały szereg zboczeń, które trzeba odnieść do »status lymphaticus« nieraz z limfemicznym stanem krwi, że często widzimy u nich cechy wagotonii, jak to zestawił Baumgarten z Altony, do których zaliczyć należy obfite wydzielanie śliny (ślinotok), pocenie się obfite, zwłaszcza w okresach zaostrzenia się sprawy, zwolnienie tętna, szybkie nieraz ruchy jelitowe, objawiające się jako głośne kruczenia, a nawet biegunki, a w obrazie Roentgena szybkie przesuwanie się treści bizmutowej przez jelita obok hypertonicznego żołądka z silnymi ruchami, wreszcie znaczna hypersekrecya soku żołądkowego. Obserwując tych chorych, stwierdzamy u nich obok wagotonii, lub i bez niej, także cechy sympatykotonii — jak wybitna gra naczynioruchowa, od zimnych i spoconych kończyn aż do dermografii; sami ci chorzy zwracają uwagę na zależność ich objawów żołądkowych od zadziałania zimna lub wpływów psychicznych i t. d. Posłuchajmy naprzykład przebiegu własnego cierpienia, opisanego przez wytrawnego lekarza.

Przypadek II. »Mam lat 57. W pierwszym roku życia przebywałem (według opowiadania matki) długotrwały nieżyt jelit. Między 5. a 7. r. życia zimnicę (czwartaczkę). Innych chorób właściwych dla wieku dziecięcego (z wyjątkiem odry) nie przebywałem. Jako chłopiec w 14. roku życia wyglądałem marnie i anemicznie, miewałem częste krwotoki z nosa, czułem się jednak zdrów i silny. Do 24 r. życia nie miewałem wybitniejszych przypadłości żołądkowych. Apetyt był i jest dobry. Stolec regularny. W 26 r. życia, jako medyk, przebyłem dur plamisty. Od tej mniej więcej pory zaczęły występować objawy kwaśności żołądka, objawiające się okresowo zgagą i częstem odbijaniem. Po dwukrotnem przepłukaniu żołądka na klinice prof. Korczyńskiego[1]), bez żadnego zresztą lekowania i zastosowania specyalnej dyety, objawy na parę lat ustąpiły, a przynajmniej znacznie się zmniejszyły. Dopiero około 32 r. życia rozpoczyna się kwaśność silniej i wzmaga się z biegiem czasu do tego stopnia, że tylko czas 1—2 godzin po jedzeniu jest wolny od zgagi i odbijania, na szczycie zaś trawienia i później utrzymuje się kwaśność stale i powoduje obok zgagi i odbijania niepokój w żołądku i jelitach bez wyraźnych bolów lub gniecenia. Nasilenie objawów pojawia się po każdem wzruszeniu, przeciążeniu pracą umysłową lub błędzie dyetetycznym. Od tej pory zacząłem tłumić objawy kwaśności zapomocą środków alkalicznych, jak dwuwęglan sody, magnezya palona, wody alkaliczne i t. d. Początkowo wystarczało zażycie 1—2 łyżeczek sody (in refracta dosi), aby zgagę usunąć, bywały jednak okresy, w których wyżycie 100 gr. sody i kilku łyżeczek magnezyi tylko chwilową sprowadzało ulgę. Już po kwandransie, a nawet kilku minutach, tem silniej występowała zgaga. Zauważyłem przytem, że leżenie i spokój umysłowy wpływały korzystnie na zmniejszenie zgagi. Z leków działających uspokajająco używałem najczęściej przetworów wilczej jagody, przeważnie tinc. belladonnae od 4—6 kropli naraz w połączeniu z ichtyolem, co przez parę lat sprawiało mi wyraźną ulgę. Inne narkotyki, a zwłaszcza morfina, powodowały tylko pogorszenie. W ostatnich 5 latach i belladonna zawodziła — pozostała tylko soda (natr. bicarb.), której paczka $^1/_2$ klg. wystarczała mi na $2—2^1/_2$ tygodnia zwyczajnie. Zażywałem obok tego inne środki, jak »neutralon«, magnesiumperhydrol, wodę wapienną z magnezyą i t. p., ale tylko z efektem chwilowym. W r. 1911 i 1912 odbyłem według porady lekarskiej dwukrotnie kuracyę w Karlsbadzie, ale bez skutku pomyślnego, czułem się nawet gorzej tak pod względem kwaśności, jak i rozdrażnienia nerwowego. Największy efekt występował po odpoczynku parotygodniowym. W ostatnich latach używałem węglanu bizmutu (bismuthum carbonicum) w dawkach dziennych od 15—50 gr. bez przestrzegania jednak dyety. Później, gdy i bizmut nie sprowadzał ulgi, zalecano mi używanie oliwy, ale i ten środek okazał się zawodny. W październiku i listopadzie 1913 r. dolegliwości moje wzmogły się znacznie. Obok kwaśności nadmiernej wystąpiły bóle w żołądku (czego dotąd nie zauważyłem) na szczycie trawienia, po śniadaniu już w $^1/_2$—1 godz., po obiedzie w 2 godz., a nadto bóle bardzo silne w nocy (między godz. 1 a 3), które mnie ze snu budziły. Do tych przypadłości przyłączyło się silne rozwolnienie i ustawiczne przelewanie się treści w jelitach. W stolcu zauważyłem niestrawione resztki pokarmów, jakoto strzępy mięsa, ziarnka kaszy perłowej i t. d. W tym stanie choroby poddałem się w połowie listopada 1913 r. badaniu i leczeniu. Dodać muszę, że matka moja i babka cierpiały również do późnej starości na kwaśność, objawiającą się zgagą i kurczami żołądka. Z rodzeństwa nikt na podobne objawy nie cierpi«.

[1]) Rozbiór treści żołądkowej wykonywałem sam, jako ówczesny asystent kliniki, i dobrze pamiętam, że stwierdziłem nadmierne wydzielanie soku żołądkowego o wysokiej kwaśności.

Dwa okresy zatem mamy u tego chorego. Długi okres, bo 30 lat trwający, którybyśmy nazwali syndromem Reichmana, którego natężenie zależy w znacznej części od stanu nerwowego chorego, na które leczenie w Karlsbadzie i dyeta nie wpływa, a kilkotygodniowy odpoczynek, usunięcie się od ciężkich zawodowych zajęć, od politycznych zmagań, którym się ten lekarz oddaje, przynosi mu ulgę, poprawia stan — i okres ostatni, zaczynający się w październiku 1913 r., w którym do dawnych objawów przyłączają się objawy nowe, jak gwałtowne bole w $1^1/_2$—2 godzin po jedzeniu i bole w nocy (bole głodowe) — waga ciała spada znacznie. Przez cały 31-letni czas chory nigdy nie miał wymiotów.

Badanie przedmiotowe w okresie tego pogorszenia wykazuje: Fizyczne badanie ujemne; badanie zgłębnikiem przy 3 próbach, robionych w mojej klinice, stwierdza nadmierne wydzielanie i nadkwaśność przy przyspieszonej czynności mechanicznej żołądka, a badanie Roentgena w dniu 5. XI. 1913 stwierdza: żołądek w kształcie rogu, ortotoniczny, dolny biegun na dwa palce niżej pępka, odźwiernik mocno na prawo od linii środkowej, bardzo silny ruch robaczkowy żołądka, po 4 godzinach żołądek pusty. Dwunastnica przy napełnianiu kształtów i rozmiarów prawidłowych. Jelita po 4 godzinach napełnione

aż do zgięcia śledzionowego. Bolesność przy obmacywaniu całej dwunastnicy. W stolcu próba krwi ujemna. Leczenie 2-miesięczne usuwa napady bólów w zupełności, a chory sam opisuje, że »podmiotowy stan poprawił się o tyle, że bole w żołądku zupełnie ustąpiły, ciężar ciała się podniósł, wygląd ogólny lepszy, a co najważniejsza, stan psychiczny poprawił się wybitnie, objawy hypochondryczne i depressyjne pojawiają się w daleko mniejszem nasileniu. Kwaśność jednak raz z mniejszem, raz z większem nasileniem utrzymuje się dalej«.

A cóż wykazuje badanie w dniu 5. V. 1914 w tym stanie, tak niepomiernie lepszym, niż dawniej? Nadmierne wydzielanie soku żołądkowego trwa dalej, obraz rentgenologiczny żołądka jak dawniej, żołądek opróżnia się w $3^1/_2$ godziny, ruch jelitowy dalej szybki, w $3^1/_2$ godziny wypełnianie aż do zgięcia wątrobnego, a obraz dwunastnicy przedstawia się tak: rozmiary i kształt opuszki dwunastnicy (bulbus duodeni) prawidłowe, po opróżnieniu dwunastnicy utrzymują się stale dwa cienie, jeden odpowiadający opuszce nieco zdeformowanej, drugi nieco na prawo od tamtego w górnej części dwunastnicy; — dwunastnica przy obmacywaniu zupełnie niebolesna.

Nie ulega wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z wrzodem dwunastnicy, który doszedł do otrzewnej (periduodenitis), stąd zrosty i przesunięcie odźwiernika na prawo i bolesność dwunastnicy przy obmacywaniu w dniu 5. XI. 1913, stąd te dwa cienie w dwunastnicy przy badaniu w dniu 5. V. 1914, na który to szczegół w obrazie rentgenologicznym zwrócił uwagę Haudek, a brak bolów i ustąpienie bolesności przy obmacywaniu dwunastnicy świadczyło o uspokojeniu się owrzodzenia, jakkolwiek nadmierne wydzielanie trwało dalej. To nadmierne wydzielanie, 30 lat trwające, tak zawisłe od ogólnego stanu nerwowego, to przecież nie cecha wrzodu dwunastnicy, tak dawno trwającego, tylko naprawdę wyraz nerwicy wagotonicznej, czem można sobie tłómaczyć dobrze i pierwotny obraz rentgenowski żołądka i jelit, jak o tem wspomnę niżej. Stan ten usposabiał do powstania po latach wrzodu dwunastnicy i stanowi podstawę etyologiczną dla poważnej grupy przypadków samoistnych niejako wrzodów dwunastnicy i tłómaczy nam może zarazem wywiady tej kategoryi wrzodów, które to wywiady wykazują i przewlekłość cierpienia i zwalnianie i zaostrzanie się objawów, ale nie zależnie tylko od wrzodu dwunastnicy, ale i od tej nerwicy; czyli w grupie tej będą poważne miejsce zajmować wagotonicy, a może i sympatykotonicy, jak to niżej wspomnę, omawiając historyę choroby drugiego bardzo doświadczonego lekarza, skreśloną przez niego samego.

Przypadek III. »Mam lat 50, z rodziny zdrowej, w żadnym kierunku dziedzicznie nie obciążonej. Prócz błonicy w 38 r. ż. i kataru nosa (1—2 razy rocznie), czasem z katarem krtani i tchawicy, innych chorób nie przebywałem — a jedyną przypadłością, do której się przecież przyzwyczaiłem, była stała zgaga i stale obłożony język białawy lub brudnobiały i odbijania puste. Tryb życia pędziłem regularny, z wyjątkiem 10—12 lat (między 30 a 42 r. życia), kiedy jadałem bardzo nieregularnie i mniej higienicznie, bo poza tem jadałem miernie 4 razy dziennie, ale zawsze tak, że po obiedzie mogłem zasiadać do drugiego obiadu. W skład potraw wchodziły przeważnie jarzyny wszelkiego rodzaju i leguminy, mięso jadałem zazwyczaj tylko w południe, bo kolacya mięsna potęgowała zgagę i odbijania puste, a czasem kwaśne. Pokarmów ostrych, słonych, konserw mięsnych i rybnych nie znosiłem i nie lubiałem, trunków nie unikałem, ale ich bardzo rzadko i bardzo miernie używałem. Po raz pierwszy w 23 r. ż. w nocy doznałem gwałtownego bolu w boku prawym brzucha; ból ten trwał kilka do kilknastu minut i więcej nie wrócił. Zjawiało się czasem gniecenie w dołku i w podżebrzu prawem, pluskanie nawet nad ranem, wzdymania, obfite wiatry.

Dopiero w dniu 18. sierpnia b. r. obudziłem się w nocy z kaszlem (miałem katar), z bólem brzucha, usadowionym w okolicy pępka na prawo i nudnościami — odplułem kilka razy do naczynia, wnet (w kilka minut) ból złagodniał i usnąłem. Rano zauważyłem w naczyniu krew, — czułem się zaś zupełnie dobrze. Stolec oddałem jak zwykle codziennie rano i nic w nim nie zauważyłem, dopiero dnia następnego spostrzegłem stolec ciemny, fusowaty. Przez kilka dni następnych miewałem w podżebrzu prawem uczucie nieoznaczone (pełność, gniecenie), które po jedzeniu malało, ale nie zwracałem na to uwagi, kontrolowałem tylko pilnie stolec, a gdy w 6—8 dni później zauważyłem znowu ciemną partyę w stolcu obok normalnie zabarwionego, zgłosiłem się o poradę lekarską«.

Badanie tego chorego wykazało:

Odżywienie i budowa dobra, wyraźna pobudliwość naczynioruchowa, tętno przyspieszone. Narządy klatki piersiowej bez zmian. Dolna granica żołądka na trzy palce niżej pępka — bardzo lekka tkliwość na prawo od prawego mięśnia prostego. Pluskanie żołądkowe przy wstrząsaniu naczczo. Wyciągnięta treść jasnozielonawa, silnie kwaśna; HCl wolny bardzo wybitny. Zaległości pokarmowych, ani mikroskopowych niema.

Badanie promieniami Roentgena wykazuje: Żołądek wydłużony, opadnięty (7 cm niżej pępka). Naczczo zawiera znaczniejszą ilość płynu, który po wprowadzeniu papki bizmutowej przedstawia się jako warstwa pośrednia (papka, warstwa płynu, bania powietrzna). Perystaltyka żołądka bezpośrednio po spożyciu papki bizmutowej żywa, o głębokich falach, rozpoczynających się wysoko. Dwunastnica bezpośrednio po spożyciu bizmutu przedstawia się w całej długości trwale wypełniona. Obmacaniem wykazuje się, że miejsce bolesne na ucisk leży poza obrębem żołądka i odpowiada położeniu dwunastnicy. W 6 godzin po spożyciu mimo początkowej nadmiernej perystaltyki żołądka i ciągłego przepływania papki przez dwunastnicę, mimo przyspieszonych ruchów jelitowych (wypełnienie aż do zgięcia śledzionowego) widoczna jest w dolnej części żołądka znaczna ilość papki bizmutowej (Sechsstundenmagenrest). W stolcu w dniu badania krwi nie można było wykazać.

Uwzględniając: 1) zjawienie się krwi w wymiocinie i stolcu, stwierdzone przez lekarza; 2) wykazanie nadmiernego wydzielania i nadmiernej kwaśności; 3) obraz Roentgena (żywa perystaltyka żołądka, trwałe wypełnienie dwunastnicy w całej jej długości, pozostałość pokarmowa po 6 godzinach, bolesność na ucisk dwunastnicy); — trzeba przecież rozpoznać wrzód, i to najprawdopodobniej dwunastnicy; a gdzież się podziały wszystkie »charakterystyczne« cechy w wywiadach, te podmiotowe uczucia, na podstawie których możnaby było bez badania wrzód rozpoznać? Odczuwanie zgagi, odbijanie, przez lata stale trwające, przed 27 laty raz w nocy kilkuminutowy ból pod prawem podżebrzem, oto wszystko, co ten, zresztą czujący się zdrowym osobnik odczuwał i niespodziewanie dostaje ten osobnik krwotoku żołądkowo-jelitowego. Jakże ten przypadek odskakuje od skreślonego obrazu, a mającego być tak »charakterystycznym« dla wrzodu dwunastnicy.

Dwaj ci lekarze, których historye choroby przytoczyłem, obydwaj od lat cierpiący na zgagę, a w końcu na wrzód dwunastnicy, przyczem jeden doznaje dość charakterystycznych objawów, a drugi ich niema, obok cech wspólnych, różnią się od siebie pewnymi ogólnymi objawami i zachowaniem się żołądka przy badaniu promieniami Roentgena. Pierwszy z nich ma wolne tętno, skłonność do potów, nadmierne wydzielanie ze znaczną nadkwaśnością, szybki ruch jelitowy (w $3^1/_2$ godziny papka bizmutowa już przy zgięciu śledzionowem), a żołądek ortotoniczny w $3^1/_2$ godziny już pusty. — Drugi wprawdzie także ma nadmierne wydzielanie, ale nadkwaśność mniejszą, także wprawdzie przyspieszony ruch jelitowy, ale nieznacznie (w 6 godzin papka bizmutowa tylko do zgięcia wątrobnego), zato wybitną grę naczynioruchową, przyspieszenie tętna, żołądek hypotoniczny, zawierający po 6 godzinach jeszcze sporą ilość papki bizmutowej. Gdzie szukać przyczyny w różnicy tych objawów? przecież nie we wrzodzie samym. Mimowoli ciśnie się myśl, czy przyczyny dla tych różnic nie należy szukać w różnicy ich układu wegetatywnego. Pierwszy z nich należałby do osobników z przewagą »wagotonii«, drugi z przewagą »sympatykotonii«, — stąd u pierwszego nadmierne wydzielanie i nadkwaśność tak znaczne i trwałe, tak dokuczliwe w objawach, pocenie się, zwolnie-

nie tętna, tak szybki ruch jelitowy (w $3^1/_2$ godziny papka już doszła do zgięcia śledzionowego), zaznaczający się w objawach burkotaniami po brzuchu i nieraz biegunkami; — u drugiego nadmierne wydzielanie bez tak wyraźnej kwaśności i bez tak przykrych objawów, przyspieszenie tętna, gra naczynioworuchowa, ruchy jelitowe mało co przyspieszone, a jakże dobrze znalazłby wtedy wytłómaczenie obraz rentgenologiczny żołądka, tak różny u nich.

Zestawmy sobie różnice obrazu żołądka u tych 2 chorych:

Chory I.	Chory II.
1) Żołądek w postaci rogu, ortotoniczny.	1) Żołądek w postaci worka, hypotoniczny.
2) Żywe ruchy robaczkowe.	2) Ruchy robaczkowe powolne, głębokie, wysoko zaczynające się.
3) W $3^1/_2$ godziny pusty.	3) Po 6 godzinach jeszcze sporo papki bizmutowej.

Czyż dla wytłómaczenia tego obrazu nie nasuwają się spostrzeżenia Kleea [1]), który szeregiem doświadczeń na kotach wykazał, że przy podniesieniu czynności nerwów błędnych (przecięcie mózgu tuż pod namiotem móżdżku i t. d.) żołądek przy prześwietleniu przybiera kształt rogu, ma bardzo żywe ruchy robaczkowe, opróżnia się z zawartości bardzo szybko (obraz wagotonii, jak u pierwszego chorego), gdy znów po przecięciu nerwów błędnych, a więc przy przewadze nerwów współczulnych lub przy podrażnieniu samych nerwów współczulnych, żołądek staje się hypotonicznym, ruchy robaczkowe słabsze, to też i zawartość w nim dłużej pozostaje (obraz sympatykotonii, jak u drugiego chorego).

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przyczynek do badań substancyi jodofilnej w leukocytach ropy wiewiórowej

napisał

Prof. Dr Władysław Reiss † *).

Przyroda i znaczenie substancyi jodofilnej w komórkach różnego pochodzenia, zwłaszcza w ciałkach ropnych, jest od dawna przedmiotem naukowych roztrząsań. Odkąd mianowicie wykryto w protoplazmie leukocytów oraz w miazdze, powstałej z ich rozpadu, substancyę, barwiącą się brunatno-czerwono rozczynem jodu w jodku potasu, podawano najróżniejsze, nieraz wprost przeciwne tłómaczenia tego zjawiska.

Chociaż substancyę, o której mowa, znajdowano często zarówno w tkankach prawidłowych, jak i chorobowo zmienionych, to jednak najlepszym przedmiotem badań dla rozwiązania zagadnienia jodofilii wydawały się właśnie leukocyty ze względu na swoje życiowe znaczenie w ustroju.

Ranvier i Salomon jeszcze w roku 1877 wykazali w ropie substancyę, barwiącą się brunatno jodem. Salomon uważał tą substancyę za glikogen, opierając się głównie na pracy Hoppe-Seylera, który wykazał glikogen w leukocytach, obdarzonych ruchami amebowatymi. (Nie wykazał go jednak w komórkach spoczywających). Ehrlich, który pierwszy podał ścisłą metodę mikroskopowego wykazania substancyi jodofilnej w leukocytach, uznał ją za glikogen; Czerny uważał tę substancyę za ciało przejściowe amyloidu, Goldberger zaś i Weis za pepton. Ponieważ już poprzednio wielokrotnie stwierdzono u diabetyków jodofilię leukocytów, znajdujących się w naczyniach, więc na tej zasadzie pojmowano pojawienie się tej substancyi w komórkach ustroju, jako sprawę resorbcyjną, w której leukocyty otrzymany cukier przemieniają w odpowiedniejszy dla siebie glikogen. Później dopiero utrwaliło się zdanie, by uważać jodofilię komórek za proces samoistnie w nich się odbywający, a substancyę, o którą chodzi, pojmować jako wyraz anormalnej, w swoistym kierunku zmienionej czynności protoplazmy komórkowej. Sam odczyn tłómaczono już to jako zjawisko degeneracyjne, już to jako wyraz wzmożonej czynności protoplazmy komórkowej.

Sprawa jodofilii przedstawiałaby się z pewnością jaśniej, gdyby jodofilia pojawiała się nietylko w leukocytach, znajdujących się zewnątrz naczyń, ale i w naczyniach, gdyż oczywiście zupełnie ściśle łączy się z tem pytanie co do pochodzenia substancyi jodofilnej. W wielu przypadkach z pewnością jest usprawiedliwione przypuszczenie, że substancya jodofilna pochodzi z zewnątrz; wogóle jednak przeważająca liczba spostrzeżeń przemawia za przyjęciem samoistnego procesu w komórkach, szczególnie przy jodofilii poza naczyniami, i tak n. p. w komórkach ropy wiewiórowej.

Gabryczewski starał się udowodnić, że leukocyty mogą przemienić pewną określoną ilość peptonu w glikogen; przekonał się on, że przy śródżylnem mianowicie wstrzyknięciu węglowodanów, leukocyty przeobrażają je w glikogen. Livierato stwierdził, że istnieje ścisły związek między wystąpieniem odczynu jodowego we krwi, a rodzajem, jako też przebiegiem sprawy chorobowej; gdzie bowiem rozległemu procesowi miejscowemu z gorączką towarzyszyła leukocytoza zapalna i wysięk ulegający peptonizacyi, tam ilość glikogenu we krwi zwiększała się; natomiast nie można było stwierdzić zwiększenia się ilości glikogenu we krwi, jeśli proces przebiegał bez leukocytozy.

Kaminer upatruje w pojawieniu się leukocytów jodofilnych swoiste zjawisko, będące następstwem krążenia toksycznych produktów bakteryjnych we krwi. Stwierdza on równocześnie klinicznie ten odczyn w leukocytach przy gorączce połogowej, przy posocznicy i przy zapaleniu płuc. Tego samego zdania jest Michaelis, który równocześnie uważa jodofilię za wyraz degeneracyi komórek. Lazarus jest zdania, że odczyn ten jest zjawiskiem regeneracyjnem przynajmniej w większości przypadków. Zollikofer, działając jodem według nowej metody, stwierdza jodofilię leukocytów nietylko (jak dotychczas podawano) wielojądrzastych i neutrofilnych, ale także eozynofilnych i bazofilnych, a czasami limfocytów krwi. Niektórzy autorowie, jak Sochorowicz i Lubarsch, uważają drobną ziarnistość w leukocytach za pierwotną, istniejącą więc już przed zadziałaniem jodem, a na dowód tego wskazują oni na zupełnie regularny układ ziarenek i jednakowy zawsze obraz przy zastosowaniu różnych środków ustalających i różnych metod barwienia.

Jest z pewnością prawdą, że ziarenka w komórkach, a zwłaszcza te, które określa się jako neutrofilne, często także stanowią podkład substancyi jodofilnej; to jednak nie zmienia faktu, o którym przekonałem się na całym szeregu preparatów, że ziarnka w komórkach okazują się często w c a l e n i e i d e n t y c z n e ze złogami jodofilnymi. Występują także silniej zabarwione ziarenka, które powstały ze zlania się najdrobniejszych ziarenek; przy pewnej wprawie można je odróżnić od pierwotnych ziarenek, już na podstawie samego ich ułożenia i charakterystycznego ugrupowania (przeważnie na obwodzie komórek).

Best był tego zdania, że należy uważać odczyn jodowy leukocytów na pewno za wyraz wzmożonej życiowej czynności, a nie za obraz zwyrodnienia komórek. Autor ten uważa substancyę jodofilną nie za glikogen, lecz za pewną jego odmianę, która związana jest z pewnem ciałem białkowem na podobieństwo glikozydu.

---

[1]) Münchener med. Wochenschrift 1914, Nr 19.

*) Praca oddana do druku na kilka dni przed śmiercią autora.

Kaminer rozróżnia trzy okresy odczynu jodofilnego, mianowicie: rozlane zabarwienie brunatne protoplazmy, czerwono-brunatną ziarnistość i całkowite przeobrażenie protoplazmy w brunatne ziarenka i grudki. Inni autorowie nie zgadzają się na ten podział; Stumpke n. p. spostrzegał najczęściej brunatną ziarnistość, potwierdzał również pojawianie się grudek (III okres Kaminera), lecz podaje w wątpliwość, czy rozlane zabarwienie brunatne protoplazmy leukocytów można uznać za wyraz najlżejszego stopnia jodofilii komórek. W prawidłowej krwi człowieka ani królika nie spostrzegał Kaminer tych trzech podanych przez siebie okresów; również nie powiodło mu się w warunkach prawidłowych stwierdzić odczynu czyto wewnątrzkomórkowego, czyto zewnątrzkomórkowego.

Winkler opisuje substancyę jodofilną w leukocytach ropy wiewiórowej tylko w postaci ziarenek lub też większych ziarn i grudek. Niektórzy autorowie, wychodząc z tego założenia, że substancya, o którą chodzi, przepaja w rozpuszczonej postaci protoplazmę, uważają ziarniste złogi jodofilne za wytwór sztuczny, i tak Winkler n. p. za zjawisko wysychania. Gierke uważa ziarna te za strąty; według tego autora najpierw wodne środki ustalające rozpuszczają w komórkach substancyę jodofilną (którą on uważa za glikogen), przez następne zadziałanie alkoholu substancya ta znowu się strąca i przez prąd dyffuzyjny zostaje zaniesiona na obwód komórki. Przez to też równocześnie tłómaczy się znane ułożenie w obwodowych częściach komórki. Na to tłómaczenie nie mógłbym się zgodzić dlatego, ponieważ owa ziarnistość występuje także wszędzie tam, gdzie stosowano różne środki ustalające i różne sposoby postępowania; również n i e m ó g ł b y m s i ę z g o d z i ć n a t o, j a k o b y u g r u p o w a n i e s i ę z i a r e n e k n a o b w o d z i e k o m ó r e k b y ł o z a w s z e z j a w i s k i e m s t a ł e m. Pomijając sprawę chemicznej budowy substancyi jodofilnej w komórkach, znajdujemy w literaturze, dotyczącej tej sprawy, często wprost sprzeczne zdania co do pochodzenia substancyi jodofilnej. Wyłania się mianowicie pytanie, czy należy ją uważać tylko za naciek komórek, czy też jest ona raczej wyrazem swoistej przemiany protoplazmy? Gdyby to była przemiana, wtedy pozostaje jeszcze nierozstrzygniętem, czyby przemianę tę należało uważać za zwyrodnienie komórek lub za wytwór zwyrodnienia (Kaminer), czy też za objaw wzmożonej biologicznej czynności w komórkach (Winkler, Stümpke).

Ażeby sobie wyrobić pewien pogląd w tej sprawie, postanowiłem zbadać jak najdokładniej substancyę jodofilną w leukocytach ropy wiewiórowej, i to we wszystkich okresach choroby. Zgodnie z Winklerem uważam leukocyty ropy wiewiórowej za materyał najodpowiedniejszy, dzięki wybitnej żerności leukocytów względem gonokokków, by poznać stosunek substancyi jodofilnej do przejawów życiowych komórek i do dwoinek.

Przedmiotem moich badań było sto kilkadziesiąt przypadków wiewióra, i to w najróżnorodniejszych okresach, z powikłaniami lub bez nich, począwszy od okresu zwiastunów ostrego zapalenia cewki moczowej, aż do końcowych okresów powiewiórowego śluzoropotoku. Ażeby uzyskać ścisłą kontrolę tak co do pojawienia się, jako też co do ułożenia substancyi jodofilnej w leukocytach, sporządzałem z każdej wziętej do badania kropli ropy zawsze większą ilość preparatów i to według różnych metod.

Używałem w tym celu metod następujących:

1) Ustalenie wilgotnych preparatów w parach jodu (Zollikofer). Preparat jeszcze wilgotny wstawia się w płytkiej czarce do niezupełnie szczelnie zakrytego naczynia, do którego wkłada się równocześnie czarkę z kryształkami jodu; tak pozostają preparaty 12 do 20 minut albo też dłużej, aż do zupełnego wyschnięcia. Niezupełnie wyschnięte preparaty dają zamazane obrazy; mianowicie w wysuszonych częściach preparatu widać charakterystyczną ziarnistość w komórkach, zaś w wilgotnych częściach nie widać jej, lecz tylko rozlane żółte zabarwienie. Gotowe preparaty ogląda się w olejku lebiodkowym (oleum origani), który pochłania jod, barwiący komórkę w sposób rozlany, a przez to silniej uwydatnia czerwono-brunatne ziarna. Metoda ta daje bardzo wyraźne obrazy. Winkler, który wiele się tą metodą posługiwał, uważa ją za najlepszą i za jedynie niezawodną obok metody Gierkego.

2) Badanie na zagłębionem szkiełku przedmiotowem (Gierke). Wilgotny preparat (ropę na szkiełku nakrywkowem) kładzie się na wycięciu szkiełka przedmiotowego i poddaje się działaniu par kryształków jodu, leżących na dnie zagłębienia.

3) Poddanie działaniu par jodu już wysuszonych preparatów, a następnie zamknięcie ich w gumie jodowej (według Ehrlicha). Odmianą tej metody, podaną przez Barfurtha, jest umieszczenie wysuszonych preparatów w mieszaninie jodu z gliceryną (na jedną część roztworu Lugola— dwie części gliceryny).

4) Według metody Langhansa pozostawia się suche preparaty przez pięć do dziesięciu minut w rozczynie Lugola, a następnie odwadnia się rozcieńczoną nalewką jodową (jedna część nalewki jodowej na cztery części alkoholu absolutnego). Potem daje się preparaty do olejku lebiodkowego (oleum origani). Ewentualnie podbarwia się jeszcze preparaty karminem Mayera. W ten sposób sporządzone preparaty należy jednak przeglądać dopiero po upływie kilku godzin; najlepsze obrazy otrzymywałem po upływie 24 godzin. Metoda ta wprawdzie nie jest tak pewna, jak metoda Zollikofera, jednak jako metoda porównawcza może często oddać dobre usługi.

5) Praktyczną, lecz wymagającą już więcej wprawy, jest metoda, podana przez Driessena. Wysuszone preparaty barwi się bardzo krótko kwaśnym karminem (salzsaures Karmin), poczem odbarwia się 96°/₀ alkoholem. Następnie na 3 minuty mniej więcej wstawia się preparaty do alkoholu absolutnego, stąd na 3 do 5 minut do ksylolu karbolowego z jodem (rozczyn Lugola i ksylol karbolowy w równych częściach; po kilkakrotnem kłóceniu bierze się do użycia górną, brunatno zabarwioną warstwę ksylolu karbolowego). Jeśli preparaty wypadną za ciemno, to polewa się je jeszcze następnie czystym ksylolem karbolowym (acid. carbol. 5,0 — xyloli 15,0), poczem zaraz można je oglądać w olejku lebiodkowym (ol. origani) lub w balsamie.

Metodę Driessena zmieniłem nieco dla swoich celów o tyle, że preparaty poddawałem jeszcze bardzo lekkiemu podbarwieniu rozcieńczonym fioletem kresylowym dla następowego zabarwienia dwoinek. Metoda ta daje bardzo piękne obrazy. Mianowicie wskutek podbarwienia preparatów kwaśnym karminem powstaje bardzo piękne ujemne zabarwienie leukocytów; na jasno różowem tle odbija bardzo wyraźnie jasna protoplazma leukocytów, przyczem szczególnie występuje na jaw wewnątrzkomórkowe ułożenie dwoinek wiewiórowych. Substancya jodofilna pojawia się tu nie w postaci odosobnionych ziaren, lecz raczej w postaci więcej jednolicie jasnobrunatnych grudek, leżących bądźto w obwodowej części komórki, bądź też bliżej przy silnie zabarwionych jądrach. Jeśli substancya jodofilna, która w żyjących leukocytach najprawdopodobniej mniej więcej rozmieszczona jest w sposób rozlany, strąca się zaś ziarnisto dopiero przez zadziałanie par jodu, a więc, gdyby pojawienie się jej w postaci ziarn uważać należało za zjawisko wtórnie wytworzone, to przy traktowaniu preparatów jodem z karbolem przybiera substancya jodofilna postać, zbliżoną więcej do rozlanego przepojenia protoplazmy i występuje w grudkach o zarysie mniej lub więcej zamazanym, a tylko częściowo silniej zaznaczonym. Podbarwiać fioletem kresylowym należy bardzo krótko, bez względu na to, że może dwoinki zabarwią się bardzo słabo, gdyż inaczej substancya jodofilna zostaje ukryta albo też częściowo się rozpuszcza. Barwiąc zupełnie lekko rozcieńczonym fioletem kresylowym, można było jednakże dokładnie określić ułożenie jodofilnych grudek w protoplazmie przy bardzo słabo zaznaczonych dwoinkach.

Na bardzo znaczne trudności napotyka dogodne połączenie barwienia gonokokków z równoczesnem uwidocznieniem substancyi jodofilnej w celu określenia ewentualnego związku między pojawianiem się substancyi jodofilnej, a wewnątrzkomórkowem ułożeniem gonokokków. Zwykle używanych metod barwienia gonokokków nie można tu wcale zastosować. Próbowałem również wielokrotnie wewnątrzcewkowego barwienia według Winklera przez wprowadzenie sproszkowanego barwika do dołu łódkowatego cewki (fossa navicularis), ażeby poddać ropę już wewnątrz cewki dyffuzyjnemu barwieniu, lecz niestety sposobem tym nie otrzymałem żadnych pewnych obrazów. Także przy metodzie Zollikofera wypróbowałem w wielu przypadkach podbarwianie fioletem kresylowym i stwierdziłem jego praktyczność.

Co do ułożenia substancyi jodofilnej w protoplazmie, jak również i poza obrębem komórek, to najlepsze wyniki otrzymać można, stosując działanie par jodu czyto według Zollikofera, czy też Gierkego. Szczególniej przy metodzie Gierkego daje się łatwo spostrzegać charakterystyczne zabarwienie ziarn i grudek wewnątrz komórek w kolorze wina czerwonego, jako też żółte zabarwienie większych ziarnistości tych komórek, które przy barwieniu kontrolnem okazują się eozynofilnemi. W czasie następowego oglądania preparatów w olejku lebiodkowym (ol. origani) wyługowuje się barwik z ziarn żółtych, a równocześnie grudki barwy wina czerwonego i mahoniowo-czerwone nabierają barwy brunatnej. Ponieważ z każdej wziętej do badania kropli ropy sporządzałem preparaty według wszystkich wyżej opisanych metod i porównywałem je ze sobą, więc przez zestawienie wszystkich obrazów jednego i tego samego okresu chorobowego uzyskałem ważne wyniki co do ułożenia substancyi jodofilnej zewnątrz i wewnątrz komórek, jak również co do przypuszczalnego związku substancyi jodofilnej z nasileniem obrazów zapalnych.

Substancyę jodofilną można wykazać już w pierwszych dniach po zakażeniu, a także w świeżym surowiczoropnym okresie choroby w leukocytach i nabłonkach (chociaż w nabłonkach rzadziej). W tym okresie jest ona przeważnie zepchnięta do zewnętrznego pasa protoplazmy leukocytów i przedstawia się tu w postaci dosyć sporych ziarn albo też tworów sierpowatych, które ułożone obwodowo tu i ówdzie przekraczają granicę komórek i w postaci bardzo płaskich czapeczek są jakby przyczepione do leukocytów. W jądrach leukocytów nie stwierdziłem nigdy ani śladu substancyi jodofilnej (odnosi się to również do późniejszych okresów zakażenia). W najwcześniejszych okresach choroby spostrzega się bardzo mało jodofilii zewnątrzkomórkowej, jeśli pominiemy wyżej wspomniane ściśle złączone z komórką czapeczki. Za pośrednictwem czapeczek, których często po kilka do leukocytów sierpowato przylega, wydaje się wiele leukocytów, jakby ze sobą sklejonych. Między leukocytami widać tylko gdzieniegdzie odosobnione grudki koloru wina czerwonego lub brunatno-czerwone.

Zupełnie równolegle ze wzmaganiem się objawów zapalnych i ze zwiększaniem się ilości wydzieliny ropnej zwiększa się też zawsze wytwarzanie się substancyi jodofilnej w komórkach. Przy dojściu sprawy zapalnej do szczytu widzimy całe pole widzenia zasiane leukocytami, w których szczególnie obwodowe części są wprost zapchane jodofilną ziarnistością. Tylko w niektórych komórkach dochodzą ziarna i grudki także do środkowych części protoplazmy, po największej części przeważa postać czapkowata albo też różańcowata ziarnistość w skrajnie obwodowej części protoplazmy tak, że leukocyty wydają się jakby ujęte w brunatno-czerwoną torebkę. Ilość substancyi jodofilnej, leżącej zewnątrz komórek, zwiększa się również znacznie w tym okresie zapalenia, i to przeważnie w postaci grudek nieregularnego kształtu albo też tworów sierpowatych, obejmujących leukocyty w postaci płaszcza.

Nie stwierdziłem mimo przejrzenia w tym kierunku wielu preparatów, by równocześnie z obfitszem wytwarzaniem się substancyi jodofilnej pojawiało się zwiększenie się ilości komórek eozynofilnych w ropie, jak to spostrzegał Winkler.

Z każdem zwolnieniem sprawy zapalnej zmniejsza się także zawsze wyraźnie wytwarzanie się substancyi jodofilnej; tosamo spostrzegałem również zawsze przy wystąpieniu powikłań, których następstwem było czasowe zmniejszenie się lub ustanie wypływu z cewki. Potwierdził to cały szereg badań w tym kierunku, przyczem należy zauważyć, że to zmniejszenie się ilości substancyi jodofilnej, pojawiające się często bardzo nagle, dotyczy głównie tylko jodofilii wewnątrzkomórkowej.

W czasie całego okresu największego natężenia wiewiórowego zapalenia cewki moczowej wytwarza się substancya jodofilna tak wewnątrz, jak i zewnątrz komórek dosyć równomiernie, z bardzo tylko nieznacznemi wahaniami.

Ze wszystkich powikłań, mogących mieć wpływ na zwiększenie się substancyi jodofilnej, należy wspomnieć tylko o przejściu wiewióra na gruczoł krokowy. Niezmierna obfitość substancyi jodofilnej, którą się z reguły stwierdza przy zajęciu gruczołu krokowego, odnosi się, jak się o tem dokładnie przekonałem, tylko do ropy, pochodzącej z zajętego zapaleniem gruczołu krokowego. Ropa, uzyskana po wypłukaniu całej cewki moczowej zapomocą uciśnienia gruczołu krokowego przez odbytnicę, była zawsze nadzwyczaj jodofilna; natomiast w ropie badanej przed miesieniem gruczołu krokowego stwierdzałem tylko taką ilość substancyi jodofilnej, jaka odpowiadała danemu okresowi wiewióra.

Ponieważ Pezzoli stwierdził, że równocześnie z przejściem wiewióra na tylną część cewki moczowej zwiększa się zawsze ilość komórek eozynofilnych we krwi i w zapalnym wysięku całej cewki, postanowiłem zbadać, czy może da się wykazać w tych samych warunkach równoczesne zwiększenie się ilości leukocytów jodofilnych, mianowicie przy przejściu sprawy zapalnej na tylną część cewki moczowej. Wyniki badań w tym kierunku okazały się zupełnie ujemnymi z wyjątkiem tylko przypadków zajęcia sprawą chorobową gruczołu krokowego. Stwierdzałem jednak stale we wszystkich przypadkach ropnego mieszkowego zapalenia gruczołu krokowego (prostatitis follicularis), że właśnie zawsze można było wykazać bardzo silną jodofilię w ropie, uzyskanej opróżnieniem ropnia mieszkowego wskutek ucisku przez odbytnicę.

Winkler doszedł w ciągu badań z ropą wiewiórową do nader ciekawych wyników; udowodnił mianowicie, że w leukocytach, zawierających dwoinki Neisserowskie, braknie zupełnie istoty jodofilnej, — niema jej tam nawet wtedy, jeżeli obecność dwoinek w nitkach ogranicza się choćby tylko do jednej nawet pary. Tłumaczenie tego zjawiska może być tylko dwojakie: albo li tylko komórki zupełnie wolne od substancyi jodofilnej mogą wogóle pochłaniać dwoinki, albo też substancya jodofilna zostaje przez gonokokki poprzednio w leukocytach zawarte zniszczoną, względnie wytworzenie tu tejże substancyi staje się w tych warunkach niemożliwem.

Winkler stwierdził jednakże doswiadczalnie w termostacie żerność komórek jodofilnych względem gonokokków, przyjmuje zatem, że gonokokki mogą działać niszcząco na substancyę jodofilną, zawartą w komórkach. Ponieważ ogólnie za wzorem Ehrlicha uważa się substancyę jodofilną za glikogen, więc Winkler przypuszcza, że może czynność życiowa gonokokków niszczy w komórkach substancyę jodofilną, która przemienia się w cukier i przez to wykazanie jej zapomocą odczynu jodowego staje się niemożliwe. Jednakże nie powiodło się Winklerowi za pomocą czystej hodowli gonokokków w probówce przemienienie glikogenu w cukier, a to wskutek zahamowania wzrostu hodowli przez dodanie glikogenu; przez to też nie powiodło się sprawdzić, o ile to, zresztą bardzo nęcące, przypuszczenie Winklera jest słuszne.

Winkler zastanawia się jednak także nad innem jeszcze tłómaczeniem wspomnianego zjawiska. Skłania się on mianowicie do przyjęcia, że toksyny, wytworzone w komórkach, działają w ten sposób na substancyę jodofilną, iż traci ona możność oddziaływania na jod. Pozostaje coprawda nierozstrzygniętem pytanie, czy jodofilną substancyę uważać za substancyę zapasową, która zostaje zużyta przez życiową czynność gonokoków, czy też może substancya jodofilna przechodzi w tych warunkach w jakiś związek chemiczny, nie barwiący się jodem.

Winkler uważa pojawienie się substancyi jodofilnej za metabolizm dotyczących leukocytów, w przeciwieństwie do Kaminera, który przyjmuje wędrówkę tejże substancyi z jej złogowisk (magazynów), n. p. ze szpiku kostnego. Jest on tego zdania, że substancya jodofilna znajduje się wszędzie wśród protoplazmy leukocytów, że więc substancyę tę wytwarza cała protoplazma, a że plazmosomy leukocytów stanowią tylko punkta krystalizacyjne, około których przeważnie osadza się substancya jodofilna w postaci ziarn. Wychodząc z założenia Ehrlicha, że powinowactwo protoplazmy leukocytów do jodu uwarunkowane jest wiązaniem się toksyn bakteryjnych z chwytnikami (receptorami) komórek, dochodzi Winkler z tej okoliczności, że komórki gruboziarniste nie wykazują odczynu jodofilnego, do wniosku, że te komórki nie mogą wiązać żadnych toksyn. Stwierdzenie jednak tego, że leukocyty, zawierające gonokokki, nie wykazują jodofilii, skłania Winklera do bardzo logicznego przypuszczenia, a mianowicie, iż widocznie w tych komórkach życiowa czynność gonokokków zdoła sama przez się objąć rolę w sprawie związania ich toksyn.

Moje badania potwierdziły, z wyjątkiem nielicznych wyjątków, zdanie Winklera, że leukocyty, zawierające gonokokki nawet w ilości tylko jednej lub dwu dwoinek, nie zawierają substancyi jodofilnej. W preparatach, badanych przezemnie, wszystkie komórki, zawierające większą ilość dwoinek, nie zawierały nigdy ani śladu substancyi jodofilnej. Natomiast w tych komórkach, w których protoplazmie znajdowały się tylko jedna lub dwie dwoinki, bardzo często znajdowałem jodofilne ziarna lub grudki, i to bardzo osobliwie ułożone. Stwierdziłem mianowicie, że ziarna jodofilne układają się na wprost przeciwległym biegunie komórki, jak same dwoinki. Również często spostrzegałem w leukocytach, w których znajdowały się jedna lub dwie dwoinki w pewnym odcinku komórki, twór sierpowaty w przeciwległym odcinku, względnie czapeczkę przy brzegu protoplazmy, złożoną z jodofilnych złogów. Ta jednobiegunowa jodofilia, którą stwierdziłem w wielu leukocytach, zawierających małą ilość gonokokków, sprawia wrażenie, jak gdyby tutaj wytwarzała się tylko minimalna ilość substancyi jodofilnej, i to tylko zdala od miejsca hamującego działania gonokokków, względnie ich toksyn.

Zupełnie równolegle z ustępowaniem ostrych objawów zapalenia i równocześnie z wyraźnem zmniejszeniem się ilości gonokokków w polu widzenia, następuje w leukocytach, nie zawierających gonokokków, charakterystyczna do pewnego stopnia zmiana w ułożeniu się wewnątrzkomórkowem substancyi jodofilnej, co stwierdziłem z reguły, a mianowicie posługując się metodami kontrolnemi.

Jeśli się bowiem bada śluzowo-ropną wydzielinę co do substancyi jodofilnej w okresie zmniejszonego nasilenia sprawy zapalnej, to można dostrzedz, że jodofilia leukocytów wogóle nietylko się zmniejsza, lecz także, że substancya jodofilna jakby się przesuwała od obwodu komórek ku ich środkowi, a więc ku jądrom leukocytów. W wielu miejscach znika charakterystyczne mahoniowo-czerwone obrębianie protoplazmy leukocytów przez przylegające czapeczki, a zamiast tego pojawiają się małe gromadki ziarn albo też tworów sierpowatych zdala od brzegu protoplazmy, zupełnie blizko jąder komórkowych. Ponieważ wzrok już się przyzwyczaił do obwodowego ułożenia substancyi jodofilnej, odnosi się więc wrażenie przy oglądaniu preparatów, jak gdyby komórki postradały jodofilię; przy uważnem oglądaniu preparatów widzi się jednak zupełnie dokładnie, że gromadki ziarenek jodofilnych leżą daleko od obwodu protoplazmy, a tuż przy jądrach komórkowych. W wielu leukocytach wydają się jądra jakby otoczone delikatnym rąbkiem substancyi jodofilnej. Takie właśnie ułożenie substancyi jodofilnej (nazwijmy je jodofilią okołojądrową) w protoplazmie leukocytów spostrzegałem jednak tylko w okresie wyraźnego obniżenia nasilenia sprawy zapalnej i przy bardzo małej ilości gonokokków, nigdy zaś nie spostrzegałem tego na szczycie zapalenia, ani przy zaostrzeniu się podostrego zapalenia cewki moczowej. Przeciwnie, przekonałem się, że przy każdem zaostrzeniu się przycichającego zapalenia jodofilia okołojądrowa ustępowała miejsca zupełnie prawidłowemu ułożeniu ziarenek w obwodowym rąbku protoplazmy, przyczem równocześnie ilość substancyi jodofilnej zwiększała się znacznie. Stwierdziłem również wielokrotnie tę zmianę w ułożeniu ziarenek i grudek jodofilnych po wkraplaniach lapisu, które wywołały silniejszy odczyn zapalny.

Równocześnie z okołojądrową jodofilią leukocytów w okresie zwolnienia zapalenia cewki moczowej pojawiają się jednak także nabłonki jodofilne, i to w znacznej ilości. Są to przeważnie nabłonki przejściowe, które w tym okresie zwykle występują bardzo obficie; Fürbringer zwrócił już zresztą dawniej uwagę na ich jodofilię. Lecz i te mahoniowo-brunatne komórki nabłonkowe znikają po większej części zupełnie, skoro tylko pojawia się zaostrzenie zapalenia wraz ze zwykłem zwiększeniem się ilości substancyi jodofilnej w leukocytach. Duże płaskie komórki nabłonkowe okazują w okresie zwolnienia sprawy chorobowej tu i ówdzie, i to głównie na obwodzie, zabarwienie mahoniowo-brunatne, wogóle jednak są zabarwione rozlano jasnożółto.

Miałem sposobność badać w kierunku jodofilii tylko dwa przypadki zapalenia cewki moczowej nie wiewiórowego pochodzenia. Jeden przypadek toczył się ostrego zapalenia cewki moczowej, powstałego po zapobiegawczem wstrzyknięciu sublimatu; w drugim przypadku chodziło o podostro przebiegającą postać zapalenia cewki moczowej, trwającego od dwu miesięcy, przyczem dosyć skąpa śluzowo-ropna wydzielina okazała się zupełnie jałową. Chory miał być badany przed kilku tygodniami metalowym zgłębnikiem z powodu przypuszczenia kamieni pęcherza. W obydwu przypadkach nie można było prawie zupełnie wykazać jodofilii leukocytów. W pierwszym przypadku, w którym ropa zawierała gronkowce, można było dostrzedz tu i owdzie jodofilię zewnątrzkomórkową, w drugim zaś w wielokrotnie badanych preparatach znajdowały się tylko jodofilne nabłonki.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Nowe czasopismo lekarskie polskie zaczęło wychodzić z d. 1. października 1916 w Kijowie. Założyli je wspólnemi siłami lekarze Polacy, stale zamieszkali w Kijowie, (gdzie zasłużone Towarzystwo lekarskie polskie jest od lat szeregu ogniskiem żywej, a poważnej pracy naukowej), jakoteż w głębi Rosyi, oraz lekarze z Galicyi i Królestwa, których losy wojenne zapędziły poniewolnie nad Dniepr: doktorzy Antoniewicz, Bolewski, docent Bylina, Hartmann, Januszkiewicz, Knothe, Łążyński, Makowski, Modrzewski, Nowiński, Pękosławski, Pietkiewicz, Polański, Rumszewicz, Ruszkowski, Trzebiński, Uziembło, Weller z Kijowa, Bogucki z Saratowa, Gawłowski z Moskwy, Hoehne z gu-

bernii permskiej, Lisowski z Humania, Makowski z Berdyczowa, prof. Orłowski z Kazania, Skrzywan z Odessy, Tarnawski ze Sławuty, prof. Żebrowski z Charkowa, oraz Kossak z Radomia, Dr Aug. Jaworski, Leszczyński, docent Piasecki, docent Szumowski i Wyhowski z Galicyi. Redaktorem czasopisma, noszącego tytuł »Polski Miesięcznik lekarski«, jest doc. Dr Szumowski, wydawcą Dr Trzebiński, a do komitetu redakcyjnego należą prócz nich Dr Łążyński, Modrzewski, docent Piasecki, Rumszewicz.

Na czele pierwszego zeszytu tłómaczą wydawcy i redakcya genezę pisma i określają jego zadania. Linia bojowa odcięła od kraju i od wszystkich polskich czasopism lekarskich około tysiąca lekarzy Polaków, bądź jeszcze przed wojną osiadłych na Wołyniu, Podolu, Ukrainie i w Rosyi, bądź w czasie wojny tam wypartych, odcięła oba polskie Towarzystwa lekarskie, oraz około tysiąca polskiej młodzieży, studyującej medycynę. W gronie tych lekarzy jest kilkunastu profesorów i docentów. Ci wszyscy do polskich pism lekarskich przywykli, albo nawet innych nie czytywali i od trzech lat są ich pozbawieni. Założyciele pisma uznają w zupełności, że tworzenie nowych czasopism jest w naszych warunkach w czasach zwykłych marnotrawstwem środków i rozpraszaniem sił; ale w zamęcie wojennym, chcąc uchronić tak dużą część lekarzy polskich od nadmiaru wpływów obcych lub od zastoju, gdy nauki lekarskie ciągle idą naprzód, należało »wyżłobić nowe łożysko rodzimej kultury, do któregoby ściekały z niezmierzonej przestrzeni polskie strumyki myśli lekarskiej i któreby ożywiło rodzime ziarna i rodzime kiełki, usychające tak łatwo bez pielęgnowania«. Co z nowem czasopismem stanie się po wojnie, tego dziś ani układać, ani przewidywać nie można.

Nie zaniedbując prac oryginalnych, które — jak z powyższego wynika — także po tamtej stronie linii bojowej jest komu pisać i jest dla kogo ogłaszać, zamierza »Polski Miesięcznik lekarski« główny nacisk położyć na prace sprawozdawcze i krytyczne; prócz tego na »dziedzinę, niesłychanie ważną.... wszystkie tematy, związane z ustrojem sanitarnym przyszłej Polski«, bo »zbieranie zawczasu materyałów da kiedyś możność wolnemu narodowi urządzić sobie Ojczyznę tak, jak tego wymagać będą potrzeby kraju«.

Słowo wstępne kończy się myślą, biegnącą poprzez szeregi bojowe do kraju: »Jeśli w obecnym huraganie dziejowym uda się przeciągnąć nić koleżeńską, to niech idzie po niej stąd pozdrowienie dla starszych braci i sióstr«.

Chwytamy tę nić, rzuconą ku nam, a snutą z jednego, wspólnego nam zawsze i wszędzie wątku; przyjmując pozdrowienia, witamy z radością hasła, pod jakiemi skupiają się do pracy na niwie rodzimej nauki polscy lekarze, od kraju — oby nie na długo — oderwani, a pracy tej życzymy rychłych i pożytecznych plonów dla dobra wspólnej Macierzy.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 10. I. 1917 posiedzenie, na którem Zarząd Towarzystwa złożył sprawozdanie za r. 1916, poczem Prof. Piltz przedstawił szereg nader ciekawych przypadków ze swej kliniki. W dyskusyi przemawiali Dr Blassberg i Oszacki. — Następne posiedzenie Towarzystwa odbędzie się w d. 24. stycznia b. r.

— Ruchliwe Koło nowotarskie walki z gruźlicą, którego duszą jest st. lekarz powiatowy, Dr Janikiewicz, zorganizowało wykłady o gruźlicy w Zakopanem. Pierwszy wykład p. t. »Społeczna walka z gruźlicą w Europie na podstawie własnych spostrzeżeń« wygłosił Dr Antoni Kuczewski d. 7. I. 1917.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na r. 1917 swym prezesem Dr Maryana Jakowskiego, wiceprezesem Dr Stanisława Orłowskiego, sekretarzem dorocznym Dr Kazimierza Oczesalskiego.

— W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem powstała Sekcya szpitalna pod przewodnictwem Dr B. Sawickiego.

— Stowarzyszenie lekarzy polskich, odzyskawszy prawa, jakie mu przed 10 laty odjął rząd rosyjski, przywróciło dawną ustawę. Do Zarządu na r. 1917 zostali wybrani Dr Bączkiewicz, Gepner, Jaworski, Kijewski, Kopeć, Łapiński, Podkóliński, Przyborowski, Reutt, Sawicki, Szymański, Szumlański.

Z różnych stron. W pierwszym czteroarkuszowym zeszycie »Polskiego Miesięcznika lekarskiego«, wydawanego w Kijowie, oprócz artykułów oryginalnych doc. Szumowskiego, Dr Leszczyńskiego i Dr Kramsztyka, znajdują się oceny dzieł francuskich, rosyjskich i wydanej w Kijowie broszury doc. Piaseckiego: »Zabawy i gry ruchowe«, obfity dział streszczeń z piśmiennictwa lekarskiego krajów koalicyi, a potrosze i niemieckiego, protokół polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie z września 1916, sprawozdania Sekcyi sanitarnych polskich »Towarzystw pomocy ofiarom wojny« w Kijowie i Charkowie, wreszcie kronika. W kronice tej znajduje się między innemi wiadomość o zorganizowaniu polskich kursów sanitarnych dla SS. Miłosierdzia w Kijowie, o koloniach letnich dla dzieci polskich w Kijowie, których pomieszczono w koloniach przeszło 600, oddając kierownictwo kolonii doc. Dr Piaseckiemu, a wreszcie o wysłaniu w początkach lipca przez — Zachodni Wszechrosyjski Związek ziemstw ruchomego oddziału epidemicznego dla t. zw. »polskiej brygady strzeleckiej«.

Zmarli. Dr Bolesław Kownacki, z duru plamistego w Glinianach, Dr Leon Rutkowski, znany z prac antropologicznych, zasłużony działacz społeczny, w 46. r. ż. w Płońsku.

Redakcya otrzymała: Janiszewski: Polskie ministerstwo zdrowia publicznego. Kraków 1917. Nakładem własnym. Stron 27. — Grabczak: Miejskie ambulatoryum dentystyczne dla ubogich dzieci szkolnych w Krakowie. Kraków 1916. Nakładem gminy m. Krakowa.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 20. stycznia 1917. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi nad etyologią, patogenezą i rozpoznawaniem wrzodu dwunastnicy

podał

Antoni Gluziński

(na podstawie wykładu, wygłoszonego na III Zjeździe internistów polskich we Lwowie w d. 20 lipca 1914 r.).

(Dokończenie).

Za dużobym czasu zabrał, gdybym ze względu na tę grupę przypadków tak dobrze wrzodów żołądka, jak i dwunastnicy, omawiał cały stosunek wegetatywnego układu nerwowego do tego cierpienia. Sprawa już dzisiaj szeroko traktowana klinicznie i eksperymentalnie, nadmienić jednak muszę, że już od wielu lat, jeszcze przed ogłoszeniem prac Baumgartena, Westphala i t. d., zbieram materyał w klinice mojej, poddając każdy przypadek cierpienia żołądkowego dokładnemu badaniu w tym kierunku tak pod względem objawów ogólnych, jak i przez badanie farmakologiczne co do oddziaływania na atropinę, pilokarpinę i adrenalinę, a wynik z nich taki, że bezsprzecznie jest cała grupa »neurotyków« czy to z przewagą »wagotonii«, czy »sympatykotonii«, cierpiących na wrzód żołądka czy dwunastnicy, na którą zwrócić musimy uwagę, a o których wyraziłem się w pracy kol. Czerneckiego [1]), że przypadki te wymagają przy leczeniu nietylko leczenia samego wrzodu, ale całego ustroju. Błędem byłoby, by tę teoryę »nerwicy wegetatywnej« uogólniać i odnosić do wszystkich wrzodów żołądka i dwunastnicy, błędemby było, by w zmianach układu nerwowego wegetatywnego upatrywać jedyną podstawę dla wyjaśnienia patogenezy tych wrzodów, słusznem jednak jest i należy przyjąć, że w patogenezie wrzodów, ale tak dobrze żołądka, jak i dwunastnicy, układ wegetatywny gra rolę w pewnej grupie przypadków, że wpływa on na jakość objawów i przebieg; przemawia za tem klinika, przemawiają badania doświadczalne na zwierzętach, przemawiają może nawet i nasze protokoły sekcyjne, gdy na 88 przypadków wrzodów dwunastnicy można było stwierdzić, że w 3 z nich (i to jeden u dziecka) było gruźlicze zapalenie opon, a więc zmiana nie bez wpływu na nerwy błędne.

Z ogólnych uwag, tyczących się rozpoznawania, odsyłając po szczegóły do pracy Nowaczyńskiego, ograniczę się do następujących:

1) Co do wywiadów zaznaczyć należy, że jest grupa przypadków z tak »charakterystycznymi wywiadami«, skreślonymi przez Moynihana (przypadek I), że rozpoznanie po wysłuchaniu wywiadów samo się nasuwa; pewien poddział między nimi zajmują przypadki, gdzie w wywiadach jest tylko mowa o »zgadze«, przez lata trwającej, w końcu której występują dopiero objawy, przemawiające za poważniejszem cierpieniem żołądka lub dwunastnicy (przypadek II), lub też w których nieraz niespodzianie zaalarmuje chorego groźny objaw (krwotok, przebicie), jak przykładem tego jest nasz przypadek III.

2) W przeważnej liczbie przypadków zbiór objawów, przebieg, zawarty w wywiadach, kierują uwagę na istnienie »wrzodu«, nie rozstrzygają jednak ani o istnieniu, ani o siedzibie cierpienia, t. j. czy wrzód leży w żołądku, czy w dwunastnicy. *Tylko wywiady, połączone z badaniem ścisłem, uprawniają do właściwego rozpoznania*; nigdy nie wystarczają, jak chce Moynihan, same wywiady. Nawiasem tylko wspomnę, że już zdarzyły mi się przypadki symulacyi z tak dobrze wyuczonymi wywiadami, że rozpoznanie wrzodu dwunastnicy zdawało się nie ulegać wątpliwości.

3) Badanie musi być takie samo przy wrzodzie dwunastnicy, jak przy wrzodzie żołądka i na te same szczegóły zwracamy uwagę, które skreśliłem w pracy mojej p. t.: »Przyczynek do wczesnego rozpoznawania raka żołądka i t. d.« [2]).

4) Co do objawów, tak mi się rzecz przedstawia:

a) Bole, rozpromieniające się ku plecom, więcej przemawiają wśród danych warunków za wrzodem żołądka, natomiast bole, idące na przednią powierzchnię ku stronie prawej, czasem nawet aż w okolicę kiszki ślepej, za wrzodem dwunastnicy. Pamiętać przytem należy, że i bole od sprawy w wyrostku robaczkowym mogą się rozpromieniać naodwrót w okolicy żołądka lub że są przypadki równoczesnego cierpienia.

b) Brak wymiotów przez ciąg trwania cierpienia przemawiałby raczej za wrzodem dwunastnicy, pamiętać jednak należy, że i przy wrzodzie żołądka, zwłaszcza usadowionym w części trzustkowej, wymiotów może nie być, gdy znów przy wrzodzie dwunastnicy mogą się zjawiać (u sympatykotoników), chociaż niema jeszcze zwężenia anatomicznego.

c) Krwawienie jelitowe makroskopowe lub tak zwane »ukryte« bez wymiotów krwawych, bez wykazania krwi w treści żołądkowej, przechyla rozpoznanie na stronę wrzodu dwunastnicy z uwagą, że nie rozstrzyga co do siedziby wrzodu, gdyż mógłbym przytoczyć historye choroby niewątpliwych wrzodów żołądka w części odźwiernikowej, w których wykazywałem krew tylko w stolcach (naturalnie wśród znanych ostrożności przy badaniu), a nigdy ani w wymiocinach, ani w treści żołądkowej.

d) W przeważnej części moich przypadków wrzodów

---

[1]) l. c.

[2]) Gazeta lekarska, Warszawa 1901. — Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie B. X. — Wien. klin. Wochenschrift 1912.

dwunastnicy stwierdzałem nadmierne wydzielanie i nadkwaśność, a więc podobnie, jak przy wrzodzie żołądka, usadowionym w części odźwiernikowej żołądka. Zapatrywania moje na stosunek tej właściwości soku żołądkowego do »wrzodu« skreśliłem w pracach moich poprzednich.

e) Badanie promieniami Röntgena daje, zdaniem mojem, dość ważne wskazówki. Zachowanie się żołądka, sądzę, że w wielu przypadkach zależeć będzie nie tyle od samego »wrzodu«, ile od wpływu układu nerwowego, który pozwalałby wytłómaczyć te dwa typy żołądka, które wyżej opisałem i starałem się je wytłomaczyć (przypadek II i III). Z ważnych szczegółów podniósłbym: wykazanie przez radyopalpacyę, że bolesność przy obmacywaniu odnosi się do dwunastnicy, przesunięcie odźwiernika na prawo (jeżeli inne szczegóły za wrzodem dwunastnicy przemawiają), trwalsze wypełnienie dwunastnicy, wązkość cienia papki bizmutowej, przesuwającej się zwolna przez dwunastnicę (objaw rzadki), objaw Haudeka (przypadek II). Dodać winienem, że dość często widzieć można na dwunastnicy ruchy przeciwrobaczkowe, chociaż objawów zwężenia niema; jakie to ma znaczenie i jaki stosunek do wrzodu, nie umiem jeszcze powiedzieć.

f) Żaden objaw, sam dla siebie wzięty, ani wywiady o rozpoznaniu nie rozstrzygają, lecz dopiero przebieg, z najściślejszem wszechstronnem badaniem połączony, dają podstawę rozpoznawczą.

g) Obok miejscowego rozpoznania należy uwzględnić stan ogólny chorego, szukać o ile możności podstawy, na jakiej rozwinął się »wrzód«, uwzględnić także ogólną konstytucyę, stan układu nerwowego i t. d., gdyż przy leczeniu ma to znaczenie, pamiętając o zasadzie, że celem naszym nie jest leczenie wrzodu żołądka czy dwunastnicy, lecz człowieka chorego na »wrzód«.

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przyczynek do badań substancyi jodofilnej w leukocytach ropy wiewiórowej

napisał

Prof. Dr Władysław Reiss †.

(Dokończenie).

W leukocytach z dużemi okrągłemi jądrami (Kugelkerne), które Posner opisuje jako coś typowego w zapaleniu cewki moczowej nie wiewiórowego pochodzenia, nie upatruję nic charakterystycznego, a spostrzegałem je, podobnie jak Neuberger, w wydzielinie podostrego okresu wiewióra. Winkler stwierdził również wielokrotnie takie zwyrodnienie jąder leukocytów przy dłużej trwających postaciach wiewiórowego zapalenia cewki moczowej. Zaznacza on również, że przy wiewiórowem zapaleniu cewki moczowej stwierdził tylko uderzająco małe ślady substancyi jodofilnej.

Rozszerzyłem również zakres dalszych moich badań na działanie różnorodnych środków leczniczych w kierunku zachowania się substancyi jodofilnej w ropie wiewiórowej. Przekonałem się, że ze wszystkich środków, stosowanych do leczenia miejscowego, szczególnie organiczne związki srebrowe wpływają w bardzo znacznym stopniu na zmniejszenie się ilości substancyi jodofilnej wewnątrzkomórkowej. Do badania brałem ropę dopiero po upływie kilku godzin od wstrzyknięcia; najskuteczniejszym w tym względzie okazały się protargol i albargina. Ilość ziarn jodofilnych zmniejszała się zawsze bardzo znacznie po zastosowaniu tych środków, w przeciwieństwie do zwykle stosowanych innych związków chemicznych, można to było jednak dostrzedz dopiero po pewnym czasie od rozpoczęcia leczenia. Badając ropę bezpośrednio po wstrzyknięciu, nie stwierdzało się wyraźnego zmniejszenia się ilości substancyi jodofilnej w komórkach. Również nie można było wykazać żadnej zmiany, jeśli przed badaniem poddano kropelkę ropy działaniu roztworu protargolu lub albarginy, a dopiero później działaniu jodu. W jaki sposób wyjaśnić to działanie organicznych związków srebrowych na rzeczywiście bardzo wybitne zmniejszanie się substancyi jodofilnej, pozostaje nierozstrzygniętem, nie można jednak odrzucić przypuszczenia, że sprawa ta pozostaje może w pewnym związku z tak zwanem głębokiem działaniem soli srebrowych.

Ażeby wyjaśnić działanie różnych środków na substancyę jodofilną, trzebaby przedewszystkiem dokładnie poznać chemiczny skład substancyi jodofilnej, którego jednak dotychczas zupełnie nie znamy. Przy omawianiu odczynu jodowego skrupulatnie też unikałem wyrażenia »odczyn glikogenowy«, a to dlatego, ponieważ zupełnie nie podzielam zdania, by owa jodofilna substancya miała być glikogenem, a to z następujących powodów: Nigdy mi się nie udało działaniem diastazy przemienić substancyi jodofilnej w cukier. Mimo wielokrotnych prób nie stwierdziłem nigdy wyraźnego zmniejszenia się ilości substancyi jodofilnej pod wpływem działania śliny, nie mówiąc już nawet o zupełnem zniknięciu znanego odczynu jodowego. Jeśli przytem substancya jodofilna zewnątrzkomórkowa okazuje się wogóle zamazaną i jakby rozrzedzoną, to należałoby to według mego zdania przypisać wyłącznie tylko rozcieńczeniu kropelki ropy śliną.

Za radą prof. Marchlewskiego przeprowadziłem prócz tego badania, by drogą hydrolityczną przemienić ów domniemany glikogen w glukozę. Około 5 gramów silnie jodofilnej ropy zmieszałem z 20 centymetrami sześciennymi 5% kwasu siarkowego, następnie ogrzewałem blizko przez godzinę aż do wrzenia. Powyższą mieszaninę oziębiono w chłodnicy wodnej, przesączono, zobojętniono ługiem sodowym, poczem badano co do glukozy świeżo przyrządzonym rozczynem Fehlinga. Wynik był zupełnie ujemny. Jeśli się zważy, że już przy 0·02% zawartości cukru można osiągnąć ślad redukcyi, to trudno przypuszczać obecność glikogenu w tak silnie jodofilnej ropie.

Kaminer dał już raz wyraz wątpliwości w powyższym kierunku, przedstawiając w roku 1898 w Towarzystwie lekarzy szpitala Charité w Berlinie preparaty z krwi chorych, które w czasie połogu zachorowały wśród objawów posocznicy lub ropnicy. Preparaty wykazywały znaczne zwiększenie się ilości białych ciałek krwi i odczyn jodofilny protoplazmy leukocytów. Już wówczas wyrażał Kaminer przypuszczenie, że substancya jodofilna w komórkach nie jest glikogenem.

W twierdzeniu, że substancyi jodofilnej nie można uważać za glikogen, umacnia mnie prócz tego ta ważna okoliczność, że wszelkie próby, by substancyę jodofilną wykazać zapomocą t. zw. barwień glikogenu, spełzły na niczem. Mianowicie mając nadzieję, że przynajmniej tu i owdzie otrzymam dodatnie wyniki, próbowałem wielokrotnie barwienia glikogenu w preparatach z tej samej kropli ropy, w której zapomocą odczynu jodowego stwierdziłem bardzo znaczną jodofilię. Przeważnie barwiłem preparaty metodą Vastariniego, która szczególnie nadaje się do preparatów, sporządzonych przez roztarcie ropy na szkiełku. Stosowałem rozczyn alkoholowy fuchsyny z resorcyną sam lub pół na pół z Weigertowskim rozczynem fuchsyny z resorcyną (z dodatkiem chlorku żelaza), którą to mieszaninę szczególnie zalecają do barwienia glikogenu. W preparatach ropy, badanych tym sposobem, nie udało mi się nigdy stwierdzić obecności glikogenu czy

to wewnątrz, czy to zewnątrz komórek, pomimo, że wiele preparatów, sporządzonych z tej samej ropy, okazało jodofilię bardzo znacznego stopnia.

Chociaż więc sprawa składu chemicznego substancyi jodofilnej dotąd jest nierozstrzygnięta, to jednak skłaniam się do zdania, by uważać substancyę jodofilną za objaw wzmożenia spraw biologicznych w leukocytach, a nie za produkt degeneracyjny w tych komórkach (Kaminer). W każdym razie, jak się zdaje, należy pojawienie się substancyi jodofilnej odnosić do samejże czynności życiowej komórek, chociaż niema żadnej podstawy ku temu, aby przyjmować tylko jedną i jednakową zawsze przyczynę pojawienia się tej substancyi w rozmaitych sprawach chorobowych. Należy też zasadniczo odróżnić jodofilię wewnątrznaczyniową od zewnątrznaczyniowej, przyczem zdają się także odgrywać rolę w rozmaitych sprawach chorobowych także i przeróżne czynniki. A chociaż pytanie co do znaczenia jodofilnej przemiany w protoplazmie komórek czekać jeszcze musi na ostateczne rozwiązanie, to jednak wszystkie spostrzeżenia zdają się, mojem zdaniem, przemawiać rozstrzygająco przeciwko procesowi degeneracyjnemu, przynajmniej przy jodofilii zewnątrznaczyniowej. W całem też piśmiennictwie, dotyczącem tego przedmiotu, niema, o ile mi wiadomo, dotychczas żadnych takich danych, któreby można naukowo zużytkować dla przypuszczenia degeneracyjnej przyrody jodofilnych złogów w leukocytach.

Wyniki badań moich w kierunku pojawiania się substancyi jodofilnej w ropie wiewiórowej streszczę następująco:

1) Niema żadnej podstawy do tego, by substancyę jodofilną w leukocytach ropy wiewiórowej uważać za glikogen; badania moje zdają się przemawiać raczej przeciwko temu poglądowi.

2) Wytwarzanie się substancyi jodofilnej rozpoczyna się już w okresie zwiastunowym wiewióra, zwiększa się równocześnie ze wzmaganiem się objawów ostrego zapalenia i dochodzi do maximum na szczycie zapalenia. W tym to okresie zapalenia układają się ziarenka jodofilne przeważnie okrężnie i na obwodzie protoplazmy leukocytów. Również w czasie ostrego okresu zapalenia pojawia się zewnątrzkomórkowa substancya jodofilna przeważnie naokoło leukocytów w postaci znanych »czapeczek«. W miernej ilości pojawiają się też wówczas i jodofilne nabłonki.

3) Z rozpoczęciem się okresu obniżonego nasilenia sprawy chorobowej stwierdza się także zawsze znaczne zmniejszenie wytwarzania się substancyi jodofilnej wewnątrzkomórkowej. Każde *nagłe zwiększenie się* ilości złogów jodofilnych w leukocytach, któremu nie towarzyszy zaostrzenie się objawów zadrażnienia cewki moczowej, *wskazuje prawie zawsze na równoczesne zajęcie gruczołu krokowego*. Właśnie szczególnie odznacza się znaczną jodofilią ropa, uzyskana drogą miesienia gruczołu krokowego.

4) Zupełnie równolegle z powolnem zmniejszaniem się jodofilii wewnątrzkomórkowej, a więc także z ustępowaniem ostrych objawów zapalenia, następuje stopniowo coraz więcej centralne ułożenie się ziarn jodofilnych w protoplazmie leukocytów. Możemy wtedy zawsze stwierdzić częstą *jodofilię okołojądrową*, która szczególnie towarzyszy okresowi zwolnienia (zmniejszenia się) objawów zapalnych. Równocześnie pojawiają się również w znacznej ilości nabłonki jodofilne, i to szczególnie nabłonki przejściowe.

5) Leukocyty, zawierające gonokokki, prawie bez wyjątku nie zawierają substancyi jodofilnej. Tylko w okresie podostrym można stwierdzić przy bardzo nieznacznej ilości gonokokków tu i owdzie nieliczne ziarenka jodofilne, i to *w przeciwległym biegunie protoplazmy leukocytów* (jodofilia jednobiegunowa).

6) Ze wszystkich środków, używanych w leczeniu wiewióra, odznaczają się szczególnie organiczne związki srebrowe, które wywierają istotny wpływ na zmniejszenie się jodofilii leukocytów. Ponieważ w miarę zbliżania się okresu końcowego wiewióra jodofilia stopniowo zmniejsza się, a prawie zupełnie znika w przebiegu niezakaźnego już zapalenia cewki moczowej powiewiórowego, należałoby więc z pewnością uznać także zupełny brak złogów jodofilnych w leukocytach obok znikania gonokokków z pola widzenia za postulat oczekiwanego wyleczenia.

7) Przy zapaleniu cewki moczowej nie wiewiórowego pochodzenia można wykazać zaledwie ślad substancyi jodofilnej, i to tylko zewnątrzkomórkowej, obok nieznacznej ilości tejże w komórkach nabłonkowych.

Piśmiennictwo. 1) Frerichs: Zeitschrift für klin. Medizin. Bd. VI. — 2) Gabritschewsky: Mikroskopische Untersuchungen über Glykogenreaktion im Blute. Arch. f. experimentelle Pathologie u. Therapie. Bd. XXVIII. 1893. — 3) Czerny: Zur Kenntniss der glykogenen und amyloiden Entartung. Arch. f. exper. Pathologie u. Therapie. Bd. XXXI. — 4) Livierato: Untersuchungen über die Schwankungen des Glykogengehaltes im Blute. Arch. f. klin. Medizin Bd. 53, 1894. — 5) Ehrlich u. Lazarus: Die Anämie. — 6) Paul Friedrich Richter: Zeitschrift f. klin. Medizin. Bd. XXXV. — 7) Ranvier: Progrès medicale 877 p. 422. — 8) Salomon: Arch. f. Anatomie u. Physiologie 1878. — 9) Frerichs-T. Ehrlich: Über das Vorkommen von Glykogen im normalen u. diabetischen Organismus. Zeitschrift f. klin. Medizin. VI. 1883. Anhang 1. — 10) Zollikofer: Zur Jodreaktion der Leukozyten. Inauguraldissertation. Bern 1899. — 11) Brault: Le prognostic des tumeurs basé sur la recherche du glycogène. Paris 1899. Masson. — 12) Barfurth. Vergleich. histochemische Untersuchungen über Glykogen. Arch. f. mikroskop. Anatomie 1885. Bd. XXV. — 13) Goldberger u. Weiss: Die Jodreaktion im Blute u. ihre diagnostische Verwerthung in der Chirurgie. Wien. klin. Wochenschr. 1897 Nr. 25. — 14) Kaminer: Über die Jodempfindliche Substanz im Leukozyten beim Puerperalfieber. Berl. klin. Wochenschr. 1899 Nr. 6. — 15) Tenże: Leukocytose u. Jodreaktion im Leukozyten. Deutsche med. Wochenschr. 1899 Nr. 15. — 16) Tenże: Die intrazelluläre Glykogenreaktion. Zeitschr. f. klin. Medizin XLVII. 1902 str. 408. — 17) Tenże: Toxinämie. Deutsche med. Woch. 1902. XII. — 18) Wolff: Ein Versuch zur Lösung des Glykogenproblems. Zeitschr. f. klin. Medizin 904. LI, str. 407. — 19) Best: Über Glykogen. Zieglers Beiträge. XXXIII. 903 str. 583. — 20) Gierke: Das Glykogen in der Morphologie der Zellstoffwechsels. Zieglers Beiträge. XXXVII. 904, str. 502. — 21) Esserteau: Contribution à l'étude microscopique du sang et du pus dans l'urétrite blenorragique. Bordeaux. 1902. — 22) Ehrlich: Enzyklopädie der mikroskop. Technik 1900. Artikel »Glykogen«. — 23) Winkler: Der Nachweis von Oxydase in den Leukocyten. Folia haematologica. 1907, IV, str. 323. — 24) Tenże: Zum Nachweis von Gonokokken in Uretralfäden. Monatshefte für prakt. Dermatologie. XXXIII. 1901, str. 256. — 25) Tenże: Über die jodophile Substanz in den Leukozyten des gonorrhoischen Eiters. Arch. f. Dermatologie u. Syphl. LXXXIX. — 26) Justus: Jodgehalt in den Zellen der Schilddrüse. Arch. f. pathol. Anatomie 170. 1902. — 27) Sochorowitsch: Über die Glykogenreaktion der Leukozyten. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 51, str. 245. — 28) Lubarsch: Über die Bedeutung der pathologischen Glykogenablagerungen. Virch. Arch. 906. Bd. CLXXXIII. — 29) Biffi: Policlinico 1901. — 30) Tarchetti: Gazz. degli ospedali 1903 Nr. 47. — 31) Katsurada: Über das Vorkommen des Glykogens unter pathologischen Verhältnissen. Zieglers Beiträge zur patholog. Anatomie. XXXII. 1902. — 32) Posner O.: Eiterstudien. Berl. klin. Woch. 1904 Nr. 11. — 33) Bettmann: Die praktische Bedeutung der eosinophilen Zellen. Volkmanns klin. Beiträge Nr. 266 str. 1532. — 34) Posner H.: Zur Cytologie des gonorrhoischen Eiters. Berl. klin. Wochenschr. 1906 Nr. 43. — 35) Joseph u. Polano: Cytodiagnostische Untersuchungen gonorrhoischer Secrete. Arch. f. Dermatol. LXXVI p. 65. — 35) Neuberger: Über die Morphologie, das Vorkommen u. die Bedeutung der Lymphozyten u. uninukleären Leukozyten im gonorrhoischen Uretralsekrete. Virch. Arch. Bd. CLXXXVII, str. 309. — 37) Küttner: Über die Jodreaktion der Leukozyten u. ihre chirurgische Bedeutung. Arch. f. klin. Chirurgie. 1904, Bd. LXXIII. — 38) Kaminer: Hat die Glykogenreaktion der Leukozyten Bedeutung für die Metschnikoff'sche Theorie. Berl. med. Wochenschr. 1903 str. 499. — 39) Stümpke: Über Jodophilie der Leukozyten bei dermatologischen Affectionen. Berl. klin. Wochenschr. 1909 Nr. 5. — 40) Tenże: Über die jodophile Substanz bei dermatologischen Affektionen. Arch. f. Dermat. u. Syph. XCVII. 1909.

Oceny i sprawozdania.

Dr med. Matylda Biehler: **Podręcznik higieny.** Z rycinami w tekscie. Nakładem Gebethnera i Wolffa, 1916. Str. 382 in octavo.

Autorka przysłużyła się rzetelnie literaturze lekarskiej polskiej przez napisanie tej książki. Dotychczas (oprócz tłómaczenia higieny Flüggego) nie mieliśmy żadnego podręcznika, obejmującego całość higieny, któryby odpowiadał wymaganiom naukowym. Układ książki jest taki, jak w zagranicznych podręcznikach higieny. Mamy więc ustępy następujące: »Powietrze«, »Woda«, »Grunt«, »Mieszkanie«, »Ogrzewanie«, »Oświetlenie«, »Przewietrzanie«, »Usuwanie odpadków«, »Grzebanie zwłok«, »Odżywianie«, »Odzież«, »Choroby zakaźne«, »Szkoła«, »Zawód i zajęcie«, »Instytucye i zakłady użyteczności publicznej«. Na końcu przytoczyła autorka »Ważniejsze wskazania zdrowotne, wydane przez różne instytucye społeczne m. st. Warszawy«. Jest to osobny ustęp, gdzie na przeszło 50 stronach druku przytoczone są wskazania, opracowane przez »Komisyę rozpowszechniania wskazań zdrowotnych (komitetu sanitarnego warszawskiego)«, wydane czyto w postaci kartek ulotnych, czy też w innej formie. Oto tytuły niektórych: »Jak siebie i innych ochronić od chorób zakaźuych«, »Precz z muchami«, »Wskazówki dla matek co do karmienia niemowląt«, »Sposób tępienia wszy i gnid we włosach dziatwy«, »Strzeżcie się tyfusu plamistego«, »Wskazówki co do zachowania przepisów higienicznych w handlu artykułami spożywczymi«, »Jak dbać o zdrowie dzieci w wieku szkolnym. Rady i wskazówki higieniczne dla rodziców« itd.

Z przytoczonych rozdziałów podręcznika autorka opracowała najobszerniej rozdział: »O odżywianiu«. Jest on też, jak się zdaje, najlepszym w całej książce. Inne rozdziały są nieraz za krótko ujęte, jak n. p. zwłaszcza rozdziały o mieszkaniu, ogrzewaniu i o usuwaniu odpadków.

Książka, napisana stylem przystępnym, czyta się bardzo przyjemnie.

Wedle przyjętego zwyczaju należy w końcu wspomnieć i o wadach książki. Należy do nich stosunkowo dość duża ilość błędów, wynikłych zapewne z powodu przeoczenia, jak n. p. nieraz oznaczono cm^3 zamiast m^3 lub odwrotnie, (str. 30, 70 i inne); człowiek żyje pod ciśnieniem 15.000 kg (str. 20); pożar Ringteatru w Wiedniu pochłonął setki tysięcy ludzi (str. 310); owady kąsające (komary, wszy, pchły) (str. 225); w tekscie na str. 228 podano, że wszy ubraniowe są największe z gatunków wszy, żyjących na człowieku, a w rycinach na str. 22 jest wesz ubraniowa najmniejsza z tych gatunków; wcale nie wspomniano, że wągry znajdują się także w mięsie wieprzowem — a mowa jest tylko o mięsie wołowem i sarniem (str. 147); brak definicyi używek (str. 188); w określeniu chorób wysypkowych (str. 245) podano, że są to choroby, »w których szerzenie się zarazy następuje z całej powierzchni ciała«, a zaliczono do nich i tyfus plamisty. Na str. 262 podano, że zarazek zapalenia opon mózgowordzeniowych wykrył także Jäger, chociaż przyczynił się on tylko do zagmatwania sprawy. Oprócz tego zauważyłem jeszcze następujące braki: Definicya twardości wody (na str. 39) podana błędnie, studnie artezyjskie pomieszano z abisyńskiemi (str. 44), opis ogrzewania powietrzem nie jest jasny (str. 87); prawdopodobnie wskutek »lapsus calami« czytamy, że desynfekcyonaryusz podczas pracy »na usta zakłada respirator, na oczy zaś okulary, aby uniknąć wdychania duszących gazów, oraz szkodliwego działania ich na narząd wzroku« (str. 239).

Pomimo tych usterek należy się szczera wdzięczność autorce, że podjęła się napisania książki, której brak u nas dawał się bardzo odczuć. Początki są we wszystkiem najtrudniejsze.

Prof. Dr R. Nitsch.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXX. ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie dnia 31. stycznia (13. lutego) 1914 r.

Przewodniczy prezes prof. J. Ziemacki. Obecnych członków 51, gości 27.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Ks. prof. St. Trzeciak: **Medycyna u żydów w czasach Chrystusa Pana.** Egipcyanie i Babilończycy upatrywali przyczynę chorób w działaniu różnego rodzaju złych duchów i demonów, przeciwko którym walczono za pośrednictwem amuletów i przez modły do odpowiednich bożków. Żydzi zaś trzymali się innych poglądów, albowiem religia ich była monoteistyczną. Wynikało to z zapowiedzi Bożej, danej Izraelowi, że jeśli spełniać będzie przykazania, »żadnej niemocy, którą włożyłem na Egipt, nie przywiodę na ciebie, jam bowiem Pan, lekarz twój!« (Exod. 15,55). Nie wykluczało to jednak szukania pomocy leczniczej u ludzi. O lekarzach Biblia zawsze się wyraża jak najlepiej. Pojęcia anatomiczne były osnute wyłącznie na badaniu ciał zwierzęcych, albowiem sekcye ciał ludzkich były zabronione i należały do wielkich rzadkości. Zwichnięcie równowagi w czynnościach organicznych ciała uważano powszechnie za przyczynę chorób wogóle i główną rolę odgrywał nadmiar żółci, toteż chorobę nazywano żółcią. Gorączce i promieniom słońca przypisywano własności lecznicze. Prelegent przytoczył szereg leków, oraz tekst towarzyszących im zaklęć i różnych czarów. Jako przykład przytoczył mowca przepis Abajje przeciwko febrze: siada się na krzyżowej drodze i jeśli się zobaczy, że wielka mrówka coś niesie, to się ją chwyta i rzuca do miedzianej rurki; tę zatyka się ołowiem i zaopatruje 60 pieczęciami. Niosąc tę rurkę z mrówką, mówi się: »Twój ciężar na mnie, a mój na ciebie«. Na czele wszystkich lekarstw stało wino i przypisywano mu szczególne uzdrawiające własności. Biblia podnosi religijność ówczesnych lekarzy. W dowód tego przytacza mowca powołanego do prac apostolskich lekarza Łukasza, późniejszego autora Ewangelii i dziejów apostolskich.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za odczyt, wskrzeszający stare dzieje, mające tak wielkie znaczenie historyczne.

II. Dr Adam Wojnicz: **Zarys historyczno-fizyograficzny miasta Łucka.** (Pokazy fotograficzne). O higienicznych warunkach miasta prelegent mówił na posiedzeniu w dniu 13/26. grudnia 1913 r. Część historyczna uprzytomniła dawną świetność miasta. Bywały czasy, że odbywały się tu Zjazdy kilku naraz monarchów i obrady nad losami narodów, a rezydowało w mieście po kilkunastu biskupów. W końcu mowca zarysował różne okresy przekształceń, które doprowadziły miasto do obecnego zupełnego zaniku dawnej świetności.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za odczyt.

Część administracyjna.

1) Nastąpiło odczytanie sprawozdań dorocznych.

a) Sprawozdanie sekretarza działu naukowego »Związku« i Wydziału lekarskiego, Doc. Dr Sowińskiego:

Rok ubiegły był szóstym rokiem istnienia »Związku«, a trzynastym wogóle od początku naszego Towarzystwa. Posiedzeń naukowych ogólnych i lekarskich było razem 11, z tej liczby 1 doroczne naukowo-administracyjne, 4 przypada na Wydział lekarski, 6 ogólnych naukowo-administracyjnych. Średnio uczęszczało na posiedzenia ogólne »Związku« 35, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 40. Liczby te w roku zeszłym wynosiły 72 i 42. W dyskusyach nad odczytami brało udział 13 osób. Wygłoszono 20 odczytów, o 4 mniej, aniżeli w roku 1912, z tych na posiedzenia ogólno-naukowe przypada 12, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 8.

Odczyty w porządku chronologicznym były następujące: 1) ks. prof. St. Trzeciak: O zdrojowiskach galicyjskich (z obrazami niknącymi) 2) Doc. Dr K. Noiszewski: Wstęp do nauki o czuciu. 3) Dr M. Romanowicz: Badania nad włośnicą (trichinosis): powikłanie posocznicą pochodzenia jelitowego, substancye toksyczne, wytwarzane przez zarodki pasorzyta. 4) Alb. Dryjski: Czucie i świado-

mość. 5) Prof. L. Kryński: W sprawie leczenia nowotworów okrężnicy. 6) Alb. Dryjski: Problemat lokalizacyi zjawisk duchowych. 7) Doc. Dr Władyczko: O bólach głowy przy zniżonem ciśnieniu w czaszce. 8) Dr Sz. Dzierzgowski: W sprawie stałości odporności czynnej w ustroju zwierzęcym. 9) Dr J. Polak: O higienie miast (miasta-ogrody). 10) Dr Sz. Dzierzgowski: O odkażaniu wody chlorem. 11) ks. prof. Trzeciak: Walka antyalkoholiczna u żydów w czasach Chrystusa Pana. 12) Alb. Dryjski: Wyobraźnia, jako czynnik chorobotwórczy. 13) Dr K. Świątecki: Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Drze Janie Kozłowskim. 14) Inż. W. Jarkowski: Współczesny rozwój żeglarstwa powietrznego. 15) Dr A. Huszcza: O wpływie wzmożonego ciśnienia atmosferycznego na skład krwi. 16) Dr A. Wojnicz: O wodzie w Łucku (na Wołyniu) 17) ks. prof. St Trzeciak: Szerzenie się trądu w Rosyi europejskiej w świetle wypadków z ostatnich 3 miesięcy. 18) prof St. Zaleski: Sprawozdanie delegacyi »Związku« na jubileusz »Nowin lekarskich«. 19) Doc. Dr St. Władyczko: Zarys naukowo-lekarskiej i społecznej działalności Doc. Dra Kazimierza Noiszewskiego. 20) Doc. Dr K. Noiszewski: O elektroftalmie.

»Związek« brał udział w uroczystości 25-letniego jubileuszu »Nowin lekarskich«, na który jako przedstawiciel »Związku« został wydelegowany członek honorowy »Związku« prof. Dr St. Zaleski. W poczet członków honorowych »Związku« zaliczono: Dra Alfreda Sokołowskiego. Należy prócz tego zaznaczyć, że jedno z posiedzeń Wydziału lekarskiego było poświęcone uczczeniu XXX-letniej naukowej i zawodowo-społecznej działalności Doc. Dra Kazimierza Noiszewskiego.

b) Sprawozdanie sekretarza działu administracyjnego »Związku« i Wydziału lekarskiego, Dra Wilamowskiego:

Rok ubiegły w życiu »Związku« był bardzo owocny pod wieloma względami. Przedewszystkiem:

A. »Związek« otrzymał w darze od rodziny Ptaszyckich kapitał w sumie 7.000 rb. nominalnych w $4^1/_2$ % listach zastawnych Banku wileńskiego z przeznaczeniem odsetek od tego kapitału na jedno stypendyum imienia ś. p. prof. Jana Ptaszyckiego. Dla przyjęcia i zatwierdzenia tego daru odbyło się nadzwyczajne Walne Zgromadzenie »Związku«, dla wybrania zaś kandydata na stypendyum wybrano komisyę. W opracowaniu statutu stypendyalnego brali udział na prośbę Rady »Związku« mecenasi Konrad Niedźwiecki, Bolesław Olszamowski i Waleryan Rogojski, członek »Związku«, do uprawomocnienia zaś tego aktu dużo przyczynił się rejent p. Zabielski. Z 7 kandydatów otrzymał stypendyum student-matematyk IV. kursu, Leon Szymański. Innym petentom »Związek« przyszedł z pomocą w ten sposób: Janowi Strażowi powierzono obowiązki inkasenta »Związku« za wynagrodzeniem 20% od zebranej sumy, Antoniemu Olechnie poruczono dopomagać czasowo bibliotekarzowi w uporządkowaniu biblioteki za wynagrodzeniem 15 rb. miesięcznie, zaś innym 4 kandydatom p. Adam Ptaszycki i inż. St. Korsak mieli dawać okazyjne zajęcia.

B. Odbyło się 6 posiedzeń Rady, wskutek których wprowadzono w życie następujące uchwały: 1) Zaproszono panią Wiszowatową jako funkcyonaryusza »Związku« za wynagrodzeniem 240 rb. za 8 miesięcy. Instrukcyę dla funkcyonaryusza wypracował prezes prof. J. Ziemacki. 2) Sporządzono karty registracyjne dla członków »Związku«. 3) Sporządzono księgę dla zapisywania uchwał Rady. 4) Nabyto latarnie magiczne za 230 rb. 5) Zaczęto bardzo energiczne porządkowanie biblioteki; na ten cel wyznaczono 200 rb. 6) Spis członków sprawdzono i uporządkowano. 7) Przez komisyę sekretarzy wypracowany został jednostajny dla wszystkich sekcyi wzór awizacyi 8) Obrano komisyę dla wypracowania regulaminu, czyli instrukcyi dla wewnętrznego użytku. 9) Obrano komisyę dla orzeczenia o mineralnej wodzie Spiridonowskiej (na prośbę p. Spiridonowa); komisya ta spełniła swe zadanie.

C. Związek wziął udział w obchodzie jubileuszowym Towarzystwa balneologicznego w Piatygorsku przez następujących swych członków: prof. W. Orłowskiego, Doc. Z. Orłowskiego, Doc. Z. Sowińskiego, Dr B. Wilamowskiego, Dr L. Jastrzębskiego. Przemawiał na jubileuszu prof. W. Orłowski. Na obchodzie jubileuszowym »Nowin Lekarskich« delegatem »Związku« był prof. Zaleski, który w swoim czasie złożył sprawozdanie na posiedzeniu ogólnem. Na obchodzie jubileuszowym mecenasa Konrada Niedźwieckiego występowali imieniem »Związku« prof. J. Ziemacki i prof. St. Zaleski. Kijowskiemu Towarzystwu farmaceutycznemu i Towarzystwu lekarzy Ryskich z powodu jubileuszów wysłano depesze gratulacyjne. Nadto »Związek« obchodził jubileusze swoich członków, a mianowicie: Dr E. Marcinkiewicza i Dr K. Noiszewskiego, na cześć których urządzono osobne posiedzenia, a następnie uczty. Miał też Związek jeszcze trzech jubilatów w roku ubiegłym: prof J. Szawłowskiego, Dr C. Zakrzewskiego i Dr Twirbata, którym wysłano powinszowania od »Związku«. Dla uczczenia pamięci zmarłego prezesa sekcyi odontologicznej, Dr Jana Kozłowskiego, urządzono wspólne posiedzenie odontologiczno-lekarskie. Uczczono też sekretarza sekcyi przyrodniczej Dr filozofii Jana Czekanowskiego, który został powołany na katedrę antropologii na Wszechnicy lwowskiej. Związek złożył 25 rb. na stypendyum imienia mecenasa K. Niedźwieckiego i 10 rb. na pomnik Pirogowa.

D. Związek liczy członków 392, w tej liczbie 14 honorowych, 12 dożywotnich i 19 korespondentów. Nowych członków wstąpiło: 17 rzeczywistych (9 inżyn., 5 lekarzy, 2 odontol., 1 przyrodn.) i 7 honorowych (lekarze), razem 24. Ubyło zaś 87, przyczem dobrowolnie wycofało się 17 osób, z powodu niepłacenia składek wykreślono z listy 30 osób, z powodu wyjazdu 30 osób, umarło 10 osób. Według sekcyi, członkowie Związku dzielą się tak: w sekcyi lekarskiej 136 czł., w sekcyi przyrodniczej 41 czł., w sekcyi farmaceutycznej 28 czł., w sekcyi technicznej 170 czł., w sekcyi odontologicznej 17 członków.

E. Osoby urzędujące »Związku«: prezes prof. Dr J. Ziemacki, wiceprezes Wydziału lekarskiego prof. Dr Szymon Dzierzgowski, sekretarz naukowy Doc. Z. Sowiński, sekretarz administracyjny Dr B. Wilamowski, skarbnik Dr K. Hliński, bibliotekarz (zarazem i kustosz) Dr L. Jastrzębski, wiceprezes Wydziału przyrodniczego prof. H. Merczyng, sekretarz inż. A. Rundo, wiceprezes Wydziału farmaceutycznego p. E. Chrzanowski, sekretarz p. Boharewicz, wiceprezes Wydziału technicznego inż. pułkownik St. Rudnicki, zastępca inżyn. Z. Kotarski, sekretarz naukowy inż. St. Korsak, sekretarz administracyjny inż. Z. Fabiewkiewicz, wiceprezes Wydziału odontologicznego Dr Świątecki, zastępca Dr Pożoryski, sekretarz Dr Łypaczewski. Komisya rewizyjna składała się z osób następujących: prezes prof. Dr M. Raczyński, członkowie: inż. Jasiewicz, inż. Lelewel, Dr Al. Karnicki, Dr Walicki. Komitet budowy szpitala: prezydujący: Dr E. Marcinkiewicz, skarbnik Dr J. Hattowski, sekretarze: Dr Jaksa Bykowski i Dr W. Kozłowski.

F. Odbyło się posiedzenie »Opieki lekarskiej« przy rz.-kat. Towarzystwie dobroczynności. 1) Ze sprawozdania prezesa Kasy ogólno-studenckiej widać, że ulgowych posad lekarskich w roku akademickim 1912 i 1913 r. było 772. 2) Nadto następujący lekarze, członkowie »Opieki lekarskiej«, a zarazem i »Związku« nieśli ulgową pomoc lekarską w zakładach Towarzystwa dobroczynności: Dr Bartoszewicz, Dr Trojanowski, Dr Uliński, Dr Fiedorowicz-Weder, Dr L. Jastrzębski. 3) Odbyły się wybory członków «Opieki«. Zarząd: prezes prof. Dr J. Zieniacki, wiceprezes prof. Dr St. Zaleski; sekretarze: Dr Z. Sowiński i Dr B. Wilamowski, skarbnik Dr Hliński. Opiekunowie: Dr Fiedorowicz-Weder, Dr Bartoszewicz, Dr J. Hattowski, Dr Z. Orłowski, Dr L. Jastrzębski.

c) Sprawozdanie sekretarza Wydziału przyrodniczego, inż. Rundo:

Kierownictwo działalnością naukową Wydziału w roku

ubiegłym spoczywało w rękach prezesa prof. H. Merczynego, obowiązki sekretarza sprawował prof. Jan Czekanowski. Działalność Wydziału streszcza się w 2 posiedzeniach, z których jedno wspólne z Wydziałem technicznym »Związku«. Na pierwszem posiedzeniu (z kolei V.) dnia 24. kwietnia w roli prelegentów wystąpili prof. Jan Czekanowski i p. Mieczysław Ptaszycki. Odczyt prof. Czekanowskiego p. t.: »U podnóża i na szczytach Tian Szann«, na podstawie własnych podróży i badań podróżników z okresu r. 1908—1912 przedstawił zarys geograficzny, botaniczny i gleboznawczy Tian-Szann, ilustrowany przeźroczami i pokazami flory miejscowej.

Na następnem posiedzeniu Wydziału (VI), połączonem z XIX posiedzeniem Wydziału technicznego dnia 31 października wygłosił odczyt inż. górniczy p. H. Piasecki na temat »Sposoby wydobywania złota w Transwaalu«, prawie całkowicie poświęcony sprawie udoskonaleń technicznych w tej gałęzi górnictwa i metalurgii, dokonanych w ostatnich latach. Sekretaryat Wydziału nie otrzymał rękopismów wygłoszonych w roku ubiegłym odczytów, ani też informacyi o tem, czy zostały one przez prelegentów w druku ogłoszone. Co się tyczy jednego z odczytów, wygłoszonych na posiedzeniu wydziału w r. 1912 (IV), mianowicie inż. Rundo p. t. »Wrażenia z pobytu na VI Zjeździe międzynarodowym elektro- i radyologii ogólnej i lekarskiej w Pradze czeskiej w październiku r. 1912«, to praca ta pojawiła się w druku na łamach »Przeglądu lekarskiego« w Nr 49 1913 r. i w oddzielnych tegoż odbitkach. Powołanie prof. Czekanowskiego na katedrę antropologii wszechnicy lwowskiej pozbawiło Wydział jego cennego współpracownictwa, jako sekretarza. Na mocy wyborów na posiedzeniu z dnia 17. XII. obowiązki sekretarza wydziału objął inż. Rundo.

d) Sprawozdanie sekretarza Wydziału farmaceutycznego, p. W. Boharewicza:

W roku 1913 Wydział farmaceutyczny niestety nie odbywał wcale zebrań. Przyczyną tego było prawie całkowite pochłonięcie pracą prezesa wydziału p. Edmunda Chrzanowskiego w Radzie lekarskiej, a także bardzo ograniczona ilość członków Wydziału. Wydział farmaceutyczny nie traci jednak nadziei, że rozwój pracy w roku 1914 będzie więcej owocny.

e) Sprawozdanie sekretarza Wydziału technicznego, inż. Fabierkiewicza:

Ubiegłego roku w życiu Wydziału technicznego niestety nie można zaliczyć do zbyt pomyślnych. Energiczna i żywa działalność, tak odczytowa, jak i wycieczkowa roku poprzedniego znacznie osłabła w roku sprawozdawczym, redukując się w drugiej jego połowie zaledwie do jednego odczytu. Pozostałe nie doszły do skutku bądź z powodu braku czasu, bądź z powodu wyjazdu prelegentów. Ogółem za czas sprawozdawczy odbyły się w wydziale technicznym cztery posiedzenia:

Dnia 27. lutego: Odczyt p. J. Muszyńskiego: »O multyplikatorach«. Multyplikatory służą dla większego wyzyskania ciepła w piecach, służących do opalania mieszkań. Są to specyalne skrzynki z surowca, zaopatrzone w żeberka, co pozwala na skondensowanie większej ilości ciepła, niż w piecach zwyczajnych. Osobne otwory ułatwiają również cyrkulacyę górnych i dolnych warstw powietrza w pokojach. Multyplikatory pozwalają oszczędzić 50% paliwa. W dyskusyi nad referatem zabierali głos inż. Budrewicz, Sołomowicz, Kotarski i prof. St. Zaleski. Wskazywano, iż obecnie istnieje ogólna tendencya wprowadzenia ogrzewania centralnego.—Inżyn. Zb Fabierkiewicz poruszył sprawę Towarzystwa wydawnictw technicznych, założonego przy warszawskiem Stowarzyszeniu techników. Postanowiono pomyśleć o założeniu biblioteki technicznej przy Wydziale i nabyć do niej wszystkie książki, wydane przez warszawską spółkę wydawniczą.

Dnia 13. marca: Odczyt inż. A. Tupalskiego: »O automatach«. Referent opisał obecnie używane automaty do sprzedaży drobnych przedmiotów, marek, biletów, czekolady i t d. Jeden z takich automatów pokazał prelegent w działaniu; ma on bardzo złożony mechanizm i musi wykonać szereg czynności, poczynając od kontroli wrzuconej monety aż do wydania przedmiotu. Przyrządy te są nader rozpowszechnione zagranicą i obecnie coraz więcej znajdują zastosowania w Rosyi. W dyskusyi zabierali głos inż. Skrzypkowski, Fabierkiewicz, Jabłoński i pułkownik Rudnicki.

Dnia 28 maja: Odczyt inż. A. Gołębiowskiego: »Jaki powinien być rozwój sieci kolejowej w Królestwie Polskiem«. Prelegent wykazuje na zasadzie danych statystycznych, iż Królestwo od szeregu lat jest stale upośledzane pod względem długości sieci kolejowej. Norma, t. j. ilość wiorst na 10.000 mieszkańców przed laty 25, wynosiła dla Rosyi i Królestwa P. 2,40. Dziś dla Rosyi wzrosła do 3,83, dla Królestwa P. zmalała do 2,27. Pod względem gęstości sieci kolejowej, Królestwo jest również upośledzone. Tutaj norma dla Rosyi wynosi 2,60 (z wyjątkiem naturalnie zupełnie niezaludnionych gubernii), gdy dla Królestwa stanowi ona 2,57, a są takie zakątki, gdzie spada do 0,54 (gub. płocka). Pod względem dochodowości, koleje Królestwa znacznie przewyższają rosyjskie. Ten niedorozwój przynosi Królestwu rocznie strat około 150 milionów rubli. Dla wyrównania braków należy zbudować przeszło 1000 wiorst nowych kolei. — W dyskusyi zabierali głos pp. Zdziarski, Łempicki, Starzyński, Kotarski, Harusiewicz, Zaleski, Parczewski, Jasienik, Jabłoński i Rudnicki. Postanowiono sprawą tą zająć się bliżej i zainteresować nią sfery przemysłowo-techniczne i społeczne. Referat prelegenta postanowiono powtórzyć.

Dnia 31 października: Odczyt inż. St. Piaseckiego: »Sposoby wydobywania złota w Transwaalu«. Prelegent podaje geologiczny zarys zagłębia Witwaterstrandu z opisem pokładów zawierających złoto; następnie przechodzi do opisu podziemnych robót tam prowadzonych i następnie do metalurgii złota. Na zakończenie następuje opis warunków pracy w kopalniach murzynów i białych. — W dyskusyi brali udział pp. Merczyng, Rudnicki, Żórawski, Rogojski i Fabierkiewicz.

Z życia zewnętrznego Wydziału należy zapisać następujące fakty: Zorganizowana przy warszawskim Przeglądzie technicznym Biblioteka techniczno przemysłowa, nadesłała do Wydziału dla rozprzedaży pierwszy tom swojego wydawnictwa (F. Taylor: Zasady organizacyi naukowej zakładów przemysłowych. Od rady Zjazdów i zrzeszeń techników polskich otrzymano list z zawiadomieniem, iż Wydział techniczny Z. P. L. i P. w Petersburgu został przyjęty przez prezydyum Rady w jej skład. Wydział ma prawo wyboru do Rady jednego delegata i jednego zastępcy. Pod względem liczebności Wydziału należy zaznaczyć znaczne zmniejszenie ilości członków; wskutek bowiem powziętego przez Radę Związku postanowienia o usunięciu członków, nie płacących składek za szereg lat ubiegłych, pozbyto się około 80 osób. Dziś Wydział liczy około 170 członków.

f) Sprawozdanie skarbnika Dra Ulińskiego:

W roku ubiegłym składki otrzymano od 116 osób, w tej liczbie 5 wniosło dożywotnie po 50 r. Według lat otrzymano za r. 1908 — 9 składek, za r. 1909 — 9 składek, za r. 1910 — 11, za r. 1911 — 24, za r. 1912 — 43, za r. 1913 — 84 i za r. 1914 — 5 składek. Dochodu w 1913 r. było 1.312 rb. 50 kop.; rozchodu zaś 1.166 rb. 2 kop. Gdy porównamy to z rokiem 1912, gdzie dochodu było 1.020 rb., a rozchodu 799 rb. 53 kop., dojdziemy do wniosku, iż w 1913 r. dochodu było więcej o 292 rb. 50 kop., lecz rozchód powiększył się o 366 rb. 49 kop. Za 1913 r. czysty dochód, t. j. bez % i po odtrąceniu sumy 1.166 rb 2 kop., stanowiącej rozchód, stanowi 146 rb. 48 kop. (1.312 rb. 50 kop. — 1.166 rb. 2 kop.), gdy za 1912 r ten czysty dochód wynosił 220 rb. 47 kop. (1.020 rb. — 799 rb. 53 kop.). Procentu od kapitału, ulokowanego w Banku Warszawskim na rachunku bieżącym za 1913 r. otrzymano 76 rb. 40 kop. Ten kapitał stanowi 2.541 rb. 59 kop. Oprócz tego »Związek« posiada 7.000 rb. w papierach procentowych ($4\frac{1}{2}$%), złożonych w lipcu przez pp. Ptaszyckich. Odsetki stanowią stypendyum imienia ś. p. prof. J. Ptaszyckiego, z którego już korzysta jeden stypendysta otrzymując od 1 września 1913 r. po 24 rb. $93\frac{3}{4}$ kop miesięcznie. Pierwsze procenta od 2 lipca w ilości 149 rb

62 kop. dodane zostały do kapitału na rachunku bieżącym w banku, zatem cały kapitał pozostający w banku stanowi (2.541 rb. 59 kop. + 149 rb. 62 kop. + 76 rb. 40 kop.) 2.767 rb. 61 kop. — Saldo 1 stycznia 1914 r. = 2.819 rb. 9 kop. (3 985 rb. 11 kop. — 1.166 rb. 2 kop.). Na zasadzie § 7 »Ustawy« żelazny kapitał na d. 1 stycznia 1914 r. stanowić będzie 896 rb. 78 kop. Na zakończenie muszę zaznaczyć, iż równolegle z powiększeniem rozchodów powiększa się za ostatnie 2 lata i dochód ze składek z tego powodu, iż w 1912 i 1913 r. zbierał składki inkasent, obchodząc mieszkania członków. W 1912 r. opłaciło składki 128 członków, w 1913 r. 116, a w r. n. p. 1911, gdy inkasenta nie było, opłaciło składki tylko 74 członków.

g) Sprawozdanie bibliotekarza, Dr L. Jastrzębskiego: Biblioteka w roku ubiegłym otrzymała następujące pisma lekarskie: Przegląd lekarski, Nowiny lekarskie, Gazeta lekarska, Tygodnik lekarski lwowski, Medycyna, Kronika lekarska i Przegląd chorób skórnych i wener. Z przyrodniczych zaś pism: Wszechświet i Kosmos. Prof. Dr L. Rydygier ofiarował do biblioteki swe dzieło: »Zbiór prac dotychczas drukiem ogłoszonych«. Na mocy postanowienia Rady »Związku« w dniu 11 października 1913 r. do uporządkowania i należytego skatalogowania biblioteki na wzór bibliotek większych został wezwany specyalista p. Michalski, a do pomocy student Olechno. Część pracy już została wykonana i w ciągu miesiąca biblioteka będzie zupełnie uporządkowana.

h) Sprawozdanie przewodniczącego komitetu budowy szpitala polskiego, Dra Marcinkiewicza: Za rok ubiegły wpłynęły następujące sumy: Procent od kapitałów i papierów 313 rb. 28 kop. Fundusz imienia Dra Marcinkiewicza od P. P. Sofii Dymsza 100 rb., admirała Wiesiełogo 25 rb., pułkownika T. Barykowa z żoną 10 rb., W. Sipiaginej-Lilienfeld 5 rb., Aliny Augustynowicz 25 rb., G. Jastrzębskiej 5 rb., baronowej Taube 10 rb., razem 180 rb. na ufundowanie łóżka imienia Marcinkiewicza w projektowanym szpitalu. Sumy te razem z pozostałością z r. 1912 — 689 rb. stanowią — 1.182 rb. 28 kop. Wydatki składają się z następujących pozycyi: asekuracya premiówki 14 rb., 2) kupno $4^{1}/_{2}$% oblig. Ptbg. Tow. kredyt. 973 rb. 20 kop. i 3) pozostałość w kasie na rachunku bieżącym w oddziale Banku Warsz. w Ptbgu 195 rb. 8 kop. Majątek komitetu składa się z następujących pozycyi: I. a) 7600 rb. nominalnych w $4^{1}/_{2}$% oblig. Ptbg. Tow. kredyt. podług kursu giełd. na 30/XII 13 st. st. 6.631 rb., b) jedna $4^{1}/_{2}$ oblig. Mikoł. kredyt. Tow. na sumę nominalną rb. 100, podług kursu 35 rb., c) jedna premiówka Banku Szlacheckiego $12.060/_{10}$ na sumę nominalną 100 — 347 rb. II. Na rachunku bieżącym w Ptbg. Oddziale Banku handl. Warszawskiego 195 rb. 8 kop. Razem 7.208 rb. 8 kop. Wszystkie papiery procentowe umieszczone są w depozycie Ptbgo Oddziału Banku handl. Warszawskiego, który wypłaca komitetowi za pieniądze w gotówce 4%. Majątek komitetu w roku ubiegłym zwiększył się o 481 rb. 3 kop.; różnicę między dochodem i ostatecznym wynikiem (18 rb. 28 kop.) należy tłómaczyć różnicą kursu papierów.

i) Sprawozdanie Komisyi rewizyjnej odczytał Dr Al. Karnicki:

W dniu 23 stycznia st. st. 1914 roku my, podpisani członkowie Komisyi rewizyjnej, przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgi rachunkowe, papiery usprawiedliwiające i sumy Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu za rok ubiegły 1913, z czego okazało się, że wszystkie pozycye przychodowe i rozchodowe zgadzają się w zupełności z podanemi w rachunkach przez skarbników. Ogólny stan kasy »Związku« 1 stycznia st. st. 1913 r. wynosi 2.819 rb. 9 kop., z której to sumy 2.767 rb. 61 kop. ulokowano jako konto czekowe Nr 2.290 »Związku« w Petersburskim Oddziale Warszawskiego Banku handlowego, a 51 rb. 48 kop. w gotowiźnie u skarbnika »Związku«, Dra Ulińskiego. Komisya rewizyjna uważa za swój obowiązek wskazać, że byłoby pożądanem, aby bibliotekarz opracował i przedstawił przypuszczalny kosztorys urządzenia biblioteki; — poza tem komisya zwraca uwagę na zbyt wysokie odsetki (20%) — za zbieranie zaległych składek od członków »Związku«. Komisya rewizyjna z przyjemnością zaznacza i podkreśla wzorowy porządek, jaki znalazła w prowadzeniu wszystkich ksiąg »Związku«.

(Podpisali: Karnicki Aleksander (prezes), Leon Walicki).

My, podpisani członkowie Komisyi rewizyjnej w dniu 23 stycznia st. st. 1914 roku przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgę rachunkową, dowody depozytowe i sumy Komitetu budowy szpitala polskiego przy »Związku« za rok 1912, z czego się okazało, że wszystkie rachunki i dochody zapisano w zupełnym porządku. Kapitał Komitetu budowy szpitala wynosi 7.208 r. 8 kop. i znajduje się w Oddziale Warsz. Banku handl. (Szczegółowe dane w sprawozdaniu przewodniczącego Komitetu).

(Podpisali: Karnicki Aleksander (prezes) i Leon Walicki).

Na wniosek prezesa nastąpiło zatwierdzenie wszystkich sprawozdań.

Prezes w imieniu »Związku« składa podziękowanie za sprawozdania wiceprezesom i sekretarzom »Związku« i poszczególnych Wydziałów, a także Komisyi rewizyjnej.

(Dokończenie nastąpi).

† Dr Kazimierz Chełchowski.

Bolesną stratą nietylko dla Warszawy, ale dla całej polskiej medycyny jest przedwczesna śmierć ś. p. Dr Chełchowskiego, jednego z tych lekarzy, którzy gorąco przejęci dobrem narodu, przodują myślą obywatelską i pracą na polu społecznem.

Urodzony w r. 1858 w Chojnowie w Płockiem, szkoły i uniwersytet kończył Chełchowski w Warszawie. Po uzyskaniu dyplomu w r. 1880 był asystentem kliniki terapeutycznej w szpitalu Dzieciątka Jezus, w którymto szpitalu objął później stanowisko ordynatora oddziału chorób wewnętrznych. Dola społeczeństwa, a szczególnie dola ludu żywo leżała mu na sercu; upatrując jej poprawę w poprawie zdrowia publicznego, był jednym z założycieli Warszawskiego Towarzystwa higienicznego, a w niem później prezesem sekcyi higieny ludu. Był to też, obok medycyny wewnętrznej, dział jego ulubiony, którego głównie dotyczyły liczne, a cenne jego publikacye.

Jako lekarz miał wielką wziętość i uznanie, miarą zaś szacunku w kołach koleżeńskich był niedawny wybór jego do Rady miejskiej, z grupy lekarskiej, mającej, jak wiadomo, osobne prawa wyborcze.

Sprawy zdrowia publicznego tracą w nim gorliwego i światłego orędownika i wielce zasłużonego pracownika, którego nie łatwo kto zastąpi. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 17. I. b. r. posiedzenie, na którem Dr Oszacki przedstawił przypadek wady zastawki trójdzielnej, poczem prof. Ciechanowski i doc. Janiszewski zagaili treściwymi referatami rozprawy w sprawie wyodrębnienia Galicyi pod względem sanitarnym. Po ożywionych rozprawach, w których uczestniczyli obecny jako gość JE. Dr Leo, oraz kol. Ciechanowski, Damski, Janiszewski, Momidłowski, Schoengut i i., uchwalono przedstawić JE. Ministrowi dla Galicyi i Kołu polskiemu jako najpilniejsze postulaty: 1) wyodrębnienie Galicyi w zakresie sanitarnym pod względem kompetencyi ustawodawczych i administracyjnych, 2) centralna krajowa władza sanitarna pod kierunkiem lekarza, stojąca na równi z innemi centralnemi władzami krajowemi, 3) zapewnienie przedstawicielom sanitarnych interesów ludności (lekarzom) udziału w ciałach ustawodawczych krajowych. Dalej uchwalono zająć się wspólnie ze wszystkiemi korporacyami i Towarzystwami lekarskiemi w kraju opracowaniem zasad organizacyjnych krajowej administracyi sanitarnej, przekazując przeprowadzenie tej uchwały osobnej komisyi.

Następne posiedzenie Towarzystwa odbędzie się 24. b. m. Na porządku dziennym wykład Dr Oszackiego: »O funkcyonalnych zmianach krążenia«.

— Wydziały Izb lekarskich galicyjskich odbyły w dniach 14. i 15. I. b. r. wspólne posiedzenie, na które przybyli ze Lwowa prezydent Izby Dr Papée, oraz dyr. Dr Kohlberger i Dr Schellenberg. Posiedzenia te poświęcone były głównie sprawie wyodrębnienia Galicyi pod względem sanitarnym na zasadzie referatu wnioskodawcy, prof. Ciechanowskiego. Uchwalono przedstawić JE. Ministrowi dla Galicyi i Kołu polskiemu odpowiednie krótkie memoryały przez umyślną deputacyę, złożoną z prezydenta Dr Papéego, prezydenta Dr Schoenguta i prof. Ciechanowskiego. (Postulaty, uchwalone przez Izby, są w zasadzie zupełnie zgodne z wyżej przytoczonymi postulatami, przyjętymi także przez Towarzystwo lekarskie krakowskie). Nadto w dwudniowych rozprawach rozpatrzono i ustalono główne zasady, według których powinna być zorganizowana administracya sanitarna w wyodrębnionej Galicyi.

— Grono kolegów, ofiarnie popierających wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego«, zwiększył prof. Dr E. Machek ze Lwowa, prezes Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Tomasz Krzyski, porucznik Legionów polskich, rodem z Rozdziela górnego w Galicyi.

— Koło nowotarskie Towarzystwa walki z gruźlicą otwarło przychodnię (dyspensatoryum) dla chorych na gruźlicę.

— Krajowe Stowarzyszenie Czerwonego krzyża poszukuje lekarzy do kierownictwa ruchomych kolumn epidemicznych. Pisemne zgłoszenia do Biura Sekcyi epidemicznej Stowarzyszenia, Lwów, Senatorska l. 5.

Warszawa. Dzienniki donoszą, że z końcem stycznia ma się odbyć w Warszawie Zjazd lekarzy legionowych.

— Prezesem Stowarzyszenia lekarzy polskich wybrany został Dr Starkiewicz, wiceprezesem Dr Gepner, sekretarzem Dr Podkóliński, skarbnikiem Dr St. Kijewski, gospodarzem Dr Reutt.

— Sekcya wojenna przy polskiem Towarzystwie medycyny społecznej organizuje kursa sanitarno-higieniczne, mające na celu pomoc sanitarną dla tworzącej się armii polskiej. Naukowe kierownictwo kursów spoczywa w rękach Rady pedagogicznej, której prezesem jest Dr Pawlikowski, wiceprezesem Dr Borzymowski, sekretarzem Dr Lipski. Działalność swoją rozpoczną kursy w połowie bieżącego miesiąca; kurs całkowity trwać będzie trzy miesiące, poczem nastąpi egzamin.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1916 (dokończenie).

Gazeta lekarska Nr 53 (27). Rosiewicz: Spostrzeżenia nad przebiegiem klinicznym duru rzekomego. — Chodźko: Organizacya służby zdrowia publicznego w m. Warszawie.

Medycyna i Kronika lekarska Nr 53. Chodźko: Sprawy sanitarne w budżecie m. st. Warszawy na r. 1916.

Polski Miesięcznik lekarski (Kijów). Nr 1. (Październik 1916): Szumowski: Współczesna medycyna w obliczu wojny. — Leszczyński: Rozważania z zakresu nauki o kile. I. Uwagi krytyczne o zdobyczach ostatnich lat. — S. Kramsztyk: Działalność lekarska w instytucyach sanitarnych dla dzieci z ramienia Polskiego Komitetu pomocy sanitarnej w Mińsku litewskim.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się w środę **d. 24. stycznia** 1917 o godz. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr Oszackiego: »O funkcyonalnych zmianach krążenia«.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Nr 4. Kraków, 27. stycznia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i S., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 27. stycznia 1917. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do sposobu odsłonięcia tętniaków tętnicy podobojczykowej.

Podał

L. Rydygier.

Pomiędzy 27 przypadkami obrażeń naczyń krwionośnych z wytworzeniem tętniących krwiaków urazowych, które jako chirurg konsultujący w Wiedniu i chirurg naczelny szpitala wojennego w Bernie (na Mor.) miałem sposobność leczyć, znajdowały się 4 tętniaki tęnicy podobojczykowej. Z tych jeden zakończył się śmiertelnie przed operacyą, a 3 operowano.

Operacya przedstawia znaczne trudności i trwa długo. Tylko szerokie i zupełne odsłonięcie całego pola operacyjnego może doprowadzić do celu; o tem wiedziałem już od dawna, kiedy w r. 1901 przypadek tętniaka tętnicy podobojczykowej operowałem nowym sposobem, wycinając część mostka, obojczyka i pierwszego żebra [1]). Sposobu tego użylibyśmy tylko wtenczas, jeżeliby tętniak znajdował się na samym początku, tuż przy tętnicy bezimiennej. Jeżeli tętniak wychodzi z dalszej części tętnicy podobojczykowej i szerzy się w kierunku pod obojczyk, a nawet ku pasze, jak w 3 obecnie operowanych przypadkach (1 z nich operowałem w Dziedzicach dzięki kol. Ostrowskiemu na początku r. 1915, jeden w Wiedniu, a jeden w Bernie), natenczas nie potrzebujemy wypiłowywać mostka, a postępujemy, jak następuje:

Prowadzimy naprzód małe — około 5 cm. długie — cięcie na palec powyżej obojczyka, na granicy pomiędzy średnią a zewnętrzną trzecią, i przepiłowujemy skośnie sam obojczyk piłką Gigliego; przedłużamy potem to cięcie równolegle do obojczyka aż do stawu obojczykowomostkowego i wyłuszczamy obojczyk w tym stawie. Następnie prowadzimy dwa cięcia od końców pierwotnego poziomego cięcia na dół; odłączamy przyczep obojczykowy m. mostkowoobojczykowo-sutkowego i m. podobojczykowego od obojczyka i odchylamy utworzony w ten sposób płat skórno-mięsno-kostny na dół. Jeżeli potrzeba, nacina się lub całkiem przecina się m. piersiowy i w ten sposób odsłania się tętnicę podobojczykową w całym jej przebiegu aż blizko pachy.

Lexer [2]) ogłosił niedawno sposób, według którego prowadzi cięcie na palec szeroko powyżej i równolegle do obojczyka, przepiłowywa piłką drucianą na granicy średniej a zewnętrznej trzeciej obojczyk, dalej wyłuszcza go w stawie mostkowo-obojczykowym i przedłuża stąd cięcie łukowato w kierunku do pachy aż do dolnego brzegu m. piersiowego, odcina m. mostkowo-obojczykowo-sutkowy i m. podobojczykowy od obojczyka i odchyla wielki ten płat skórno-mięsno kostny na zewnątrz. M. piersiowy mniejszy, który pokrywa zewnętrzny odcinek nerwów i naczyń, przecina albo blizko jego przyczepu do żeber, albo w środku.

Jeżeli tętniący krwiak lub tętniak rozwija się głównie ku pasze, to możemy użyć sposobu Lexera, w innych razach dałbym pierwszeństwo mojemu postępowaniu.

W szczegóły techniki przy operowaniu tętniaków nie wchodzę, niektóre szczegóły wątpliwe podniosłem w pracy poprzedniej.

[1]) L. Rydygier: Nowy sposób podwiązywania tętnicy bezimiennej oraz opis przypadku podwiązania tętnicy podobojczykowej. Przegl. lek. 1901.

[2]) Lexer: Die Operation der Gefässverletzungen und der traumatischen Aneurysmen, zugleich Beitrag zur Freilegung der Subclavia-Aneurysmen. Dt. Z. f. Chir. 135 Bd. 4/5 Hft.

Z kobiecego oddziału kiłowo-skórnego szpitala powszechnego we Lwowie. Prymaryusz Dr Jan T. Lenartowicz.

Ulcus vulvae acutum

podał

Dr J. T. Lenartowicz.

Z pośród rozmaitych owrzodzeń niewenerycznej przyrody, napotykanych na sromie kobiecym, wyosobnił i jak najdokładniej opisał w »Archiv für Dermatologie und Syphilis« (T. 114, Zesz. I, 1912) Lipschütz, — nowy, dotychczas mało znany, a bezwarunkowo przed nim ściślej nie zdefiniowany rodzaj owrzodzeń, które objął wspólną nazwą »ulcus vulvae acutum«. Ponieważ zaś ten rodzaj owrzodzeń, mimo najtroskliwszego najprawdopodobniej poszukiwania, do dziś jeszcze należy do rzadkości, ponieważ troskliwe regestrowanie identycznych lub przynajmniej prawie identycznych przypadków może z jednej strony potwierdzić słuszność spostrzeżeń Lipschütza, z drugiej rozszerzyć nieco wiadomości nasze o istocie tego owrzodzenia, przeto uważam za obowiązek do nielicznych publikacyi, dotyczących tego schorzenia (Scherber, Grosz, Volk, Appel) dodać i opis przypadku, jedynego, jaki od czasu publikacyi Lipschütza miałem dotąd sposobność spostrzegać.

Chora D. M., lat 16 licząca, uczenica VII kl., przyjęta na mój oddział d. 28. IV. 1916.

Wywiady: Chora prócz zapalenia opłucnej, przebytego przed laty sześciu, żadnych innych chorób, zwłaszcza zakaźnych, nie przebywała. Pierwsze miesiączkowanie w 14 roku życia, następne w odstępach prawidłowych, 3—4 dni trwające, niebolesne, ostatnie w początkach kwietnia, prawidłowe, jak wszystkie poprzednie.

Choroba obecna zacząć się miała 17. IV. b. r. uczuciem gorąca i pieczenia na częściach rodnych zewnętrznych, które to objawy wzmagać się miały z dniem każdym, a po tygodniu t. j. d. 24. IV. miał wystąpić obrzęk sromu, miały się pojawić owrzodzenia na wargach sromowych, a ból miał się wzmódz tak dalece, że utrudniał chodzenie i oddawanie moczu. Dreszczów,

podwyższenia ciepłoty, osłabienia ogólnego, chora nie zauważyła. Przyczyny choroby podać nie umie. *Coitum negat* z całą stanowczością.

Stan obecny: Chora odpowiednio do swego wieku rozwinięta, miernie dobrze zbudowana, źle odżywiona, niedokrwista. Chodzi zwolna i niedołężnie, wstrzymując się od szybszych ruchów, wywołujących ból na częściach rodnych. Ciepłota i tętno prawidłowe. Skóra i błona śluzowa jamy ust bez zmian. Gruczoły karkowe i podszczękowe dobrze macalne. Gruczoły pachwinowe natomiast nie powiększone, nie bolesne. Narządy wewnętrzne bez wyraźniejszych zmian. Części rodne zewnętrzne, zwłaszcza warga sromowa większa lewa, jakoteż warga mniejsza prawa w całości obrzękłe. Warga mniejsza okazuje obrzęk surowiczy, plastyczny i sterczy ze szpary sromowej. Po zewnętrznem obmyciu sromu, który to zabieg jest dla chorej bardzo bolesny, widać na wardze większej lewej w połowie jej długości owrzodzenie wielkości i kształtu dużej fasoli. (Rys. I). Owrzodzenie to pokryte jest wydzieliną szaro-żółtą,



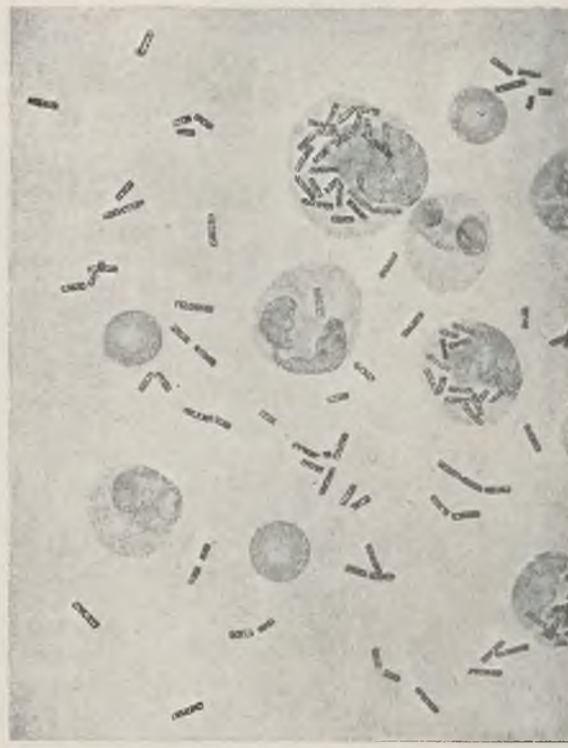
Rys. I.

ciągnącą się, nie cuchnącą, dającą się łatwo zmyć. Brzegi owrzodzenia są ostre, tu i ówdzie lekko podminowane. Dno owrzodzenia płaskie, przy zmywaniu wydzieliny broczy nieznacznie. Na wewnętrznej powierzchni wargi mniejszej prawej znajduje się drugie owrzodzenie, tej samej mniej więcej wielkości, co owrzodzenie poprzednio opisane, tylko kształtu trójkąta, którego szczyt zwrócony jest ku spoidłu tylnemu, a podstawa skośna sięga do połowy wysokości wargi. I to owrzodzenie ma brzegi ostre, częściowo podminowane, dno płaskie i pokryte również wydzieliną gęstą, szaro-żółtą, ciągnącą się, dającą się zmyć. Ponad tem owrzodzeniem widoczne jest owrzodzenie trzecie, wielkości i kształtu prosa, o brzegach ostrych, wyraźnie podminowanych. Owrzodzenia dwa wielkości prosa o podobnym charakterze, jak wszystkie poprzednie, znajdujemy także na wewnętrznej powierzchni wargi mniejszej lewej tuż koło tylnego spoidła. Wszystkie owrzodzenia są przy dotykaniu bardzo bolesne. Wejście do pochwy zamyka błona dziewicza kształtu półksiężycowatego, nigdzie nienaruszona. Na fałdach i w uchyłkach błony dziewiczej znajduje się skąpa wydzielina, taka, jak na owrzodzeniach. Oddziaływanie wydzieliny pochwy kwaśne.

Obraz zmian chorobowych wyżej opisany, niezwykła bolesność owrzodzeń, brak powiększenia gruczołów pachwinowych, młody wiek i dziewictwo pacyentki nasuwały przypuszczenie, że mogłoby chodzić w danym przypadku o owrzodzenia, opisane przez Lipschütza i dlatego w historyi choroby zapisano rozpoznanie: »Ulcus vulvae acucum? Oedema vulvae consecutivum«, pozostawiając ugruntowanie rozpoznania badaniu mikroskopowemu.

Badanie mikroskopowe potwierdziło też rozpoznanie w zupełności. W preparatach, barwionych tioniną karbolową, boraksowym błękitem metylenowym i sposobem Grama, wykazano obecność krótkich, grubych laseczek, sposobem Grama się nie odbarwiających, mających końce ostro obcięte, ułożonych bądź to pojedynczo, bądź to w krótkich łańcuszkach, zaledwie z kilku sztuk złożonych. Laseczki te, mające długość średniego ciałka czerwonego krwi, leżały po największej części poza wielojądrzastemi ciałkami białemi, bądź pojedynczo, bądź też w kupkach, czasami także w ciałkach białych. Wszystkie preparaty okazywały obraz jednakowy i zupełnie zgodny z rycinami, podanemi przez Lipschütza. W żadnym z preparatów nie znaleziono Streptobacillus Ducrey-Unna, Bacillus fusiformis ani Spirochaete Vincenti.

Dodać należy, że badania mikroskopowe powtarzano wielokrotnie, niemal codziennie, że brano materyał ze wszystkich owrzodzeń, mniejszych i większych, jakoteż z fałdów i zaułków błony dziewiczej i jej przyczepu do pochwy i zawsze znajdowano ten sam (wyżej opisany) rodzaj bakteryi. Nawet i wówczas, gdy dno owrzodzeń było czyste, a od brzegów narastać począł świeży nabłonek, szczątki dna wrzodów, zeskrobane i roztarte na szkiełku, wykazywały laseczki zupełnie typowe i obfite, bez jakichkolwiek zanieczyszczeń. (Rys. II).



Rys. II.

Wydzielina z brzegów i dna owrzodzeń. Preparat z d. 14. V. 1916 (Leitz, imm. $^1/_{12}$, ok. IV).

Próby wyhodowania zarazka na agarze cukrowym bez dostępu powietrza zawiodły.

Przebieg chorobowy opisanego przypadku nie różnił się w niczem od przebiegu przypadków, opisanych przez Lipschütza, Grosza i Appla. Jednorazowe codzienne zmywania rozcieńczonym rozczynem sublimatu i zasypywanie dermatolem lub jodoformem wystarczyły, by wszystkie owrzodzenia wygoiły się zupełnie z pozostawieniem cienkich gładkich blizn. Chora jako wyleczona opuściła szpital d. 14. V. 1916 r.

Spostrzegany przypadek należy stanowczo zaliczyć do grupy przypadków, opisanych przez Lipschütza, a to ze względu na cechy owrzodzeń, wynik badania mikroskopowego i przebieg kliniczny [1]). Ponieważ choroba rozpoczęła się niezbyt ostro i bez objawów ogólnych takich, jak podwyższenie ciepłoty i ogólne znużenie, ponieważ nadto chora przez cały czas pobytu w szpitalu nie gorączkowała, przeto

[1]) Przypadek widział kol. Lipschütz. On też zachęcił mnie do niniejszej publikacyi i ułatwił dostęp do piśmiennictwa, za co mu najserdeczniej dziękuję.

przypadek ten zaliczyć należy do grupy podostrych, objawy bowiem ogólne i podwyższenie ciepłoty nie są zdaniem autorów cechą nieodłączną.

Porównując przypadek ten z przypadkami, opisanymi przez Scherbera, Lipschütza, Grosza, Volka, Appela, znajdujemy we wszystkich zupełną analogię, tak daleko idącą, że gdyby nie ta okoliczność, iż dotąd zbyt mało mamy przypadków tego rodzaju, cechy tych przypadków dotąd wspólne możnaby uważać za znamienne.

I tak owrzodenia te napotykano przeważnie dotąd u osób młodych płci żeńskiej, nawet u dzieci (Scherber), z wyjątkiem jednego przypadku, dotyczącego 45-letniego mężczyzny, o którym wspomina Volk.

Owrzodzenia te, być może zakaźne (Scherber), nie są zależne od spółkowania bo przeważna część przypadków (dotąd przynajmniej) dotyczyła dziewic lub osób żeńskich takich, u których data ostatniego spółkowania była zbyt odległa, by ją można było brać w rachubę (Lipschütz: Christine R. i przyp. II).

We wszystkich przypadkach schorzenie było czysto miejscowe, ograniczało się jedynie do części rodnych i goiło się łatwo przy użyciu jakichkolwiek lekkich środków przeciwgnilnych. Jakkolwiek we wszystkich przypadkach objawy występowały ostro, to jednak dotąd wyróżnić się dają dwa typy: jeden z podwyższeniem ciepłoty (nawet do 40°), z dreszczami i ogólnem osłabieniem, drugi bez objawów ogólnych, bez dreszczów i przy ciepłocie prawidłowej.

Charakterystyczna jest niezwykła bolesność owrzodzeń, której nie brakło w żadnym ze znanych dotąd przypadków.

We wszystkich przypadkach (z wyjątkiem przypadku Grosza) gruczoły pachwinowe były niepowiększone, nie bolesne. Próby przeszczepienia owrzodeń na tę samą osobę dotąd zawsze zawodziły. We wszystkich przypadkach badanie mikroskopowe wykazywało gramo-dodatnie laseczniki o cechach, opisanych przez Lipschütza, bądź bez zanieczyszczeń, bądź też z domieszką ziarenkowców z grupy gronkowców (Scherber). Hodowle tych laseczników dotąd nie udały się.

Choroba może występować u tego samego osobnika kilkakrotnie (Lipschütz, przyp. IV). Czy zmienione oddziaływanie wydzieliny pochwy może sprzyjać rozwojowi bakteryi i zwiększać ich jadowitość, dotąd niewiadomo.

Z przypadku przezemnie opisanego wynikałoby, że i przy zwykłem kwaśnem oddziaływaniu pochwy bakterye, znajdowane w owrzodzeniach, utrzymują się w nich aż do zupełnego wygojenia.

Przytem muszę najwyraźniej zaznaczyć, że jakkolwiek owrzodzenia były już prawie zupełnie wygojone, to w wydzielinie pochwy znajdowałem opisane laseczniki prawie w czystej hodowli i w ilościach znacznie większych, niż w owrzodzeniach.

Piśmiennictwo. 1) Lipschütz: a) Arch. f. Dermatol. u. Syph. T. 114. Z. 1. 1912 r. b) Bakter. Grundriss und Atlas der Geschlechtskrankheiten. Lipsk. Johann Ambrosius Barth 1913 r. d) Demonstration in der k. k. Gesellschaft der Ärzte. Wiener klin. Woch. 1913. (Referat). — 2) Scherber: a) Dermat. Zeitsch. T. XX. Z. 2. 1913. b) Wiener klin. Woch. 1913. — 3) Grosz: Wien. klin. Woch. 1914. — 4) Volk: Wien. klin. Woch. 1914.— 5) Appel: Altonaer ärztlicher Verein. (Offizielles Protokoll). München. med. Woch. Nr 20. 1916. (Referat).

Schorzenia narządu słuchu i górnych dróg oddechowych i wpływ ich na zdolność do służby wojskowej.

Na podstawie spostrzeżeń, poczynionych w obecnej wojnie,

podał

Dr Teofil Zalewski

Docent prywatny chorób usznych.

Cokolwiekbyśmy mogli przytoczyć za i przeciw wojnie, jedno nie ulega wątpliwości, że w wojnie najlepiej występuje stan umysłowego i cielesnego rozwoju społeczeństwa i jego siły organizacyjnej. Jeżeli podziwiamy w tej wojnie nadzwyczajny rozwój techniki, to niemniej z dumą podnieść musimy wyniki, jakie osiągnęła nauka lekarska. Jeżeli uwzględnimy, że o epidemiach we właściwem tego słowa znaczeniu — przynajmniej u nas — mówić nie potrzebujemy, że pozostawione nam w spuściźnie epidemie zdołaliśmy łatwo opanować, to możemy powiedzieć, że zwycięstwo w tej wojnie, to nietylko zwycięstwo techniki, ale także i medycyny.

Zadaniem medycyny w tej wojnie jest nietylko leczyć chorych i rannych żołnierzy; nie mniej ważnem zadaniem jest usuwać błędy i choroby, które zdatność do służby wojskowej wykluczają lub ją zmniejszają.

W przypuszczeniu, że i moje spostrzeżenia mogą mieć znaczenie, pozwalam sobie w krótkości podać je na podstawie przypadków, badanych i leczonych na oddziale otolaryngologicznym w szpitalu wojskowym w Opawie od 16. XII. 1914 r. do 15. X. 1915 r., podnosząc tylko te punkta, które szczególnie mogą interesować lekarza wojskowego.

Ogółem w ciągu wyżej wymienionego czasu miałem sposobność leczyć i badać 1245 żołnierzy, z tego na choroby górnych dróg oddechowych wypada 215 przypadków, a na choroby narządu słuchu 1030, czyli 17% i 83%. Liczby te świadczą, że choroby narządu słuchu wydarzają się u wojskowych niemal pięć razy częściej, niż choroby górnych dróg oddechowych, wskazując jednocześnie na znaczenie chorób usznych w służbie wojskowej i na ważność otyatryi dla lekarza wojskowego.

Przy badaniu żołnierzy spotykaliśmy się dość często z tem, że nie można było stwierdzić żadnych zmian chorobowych. Nie można powiedzieć, by we wszystkich tych przypadkach zachodziło świadome udawanie, musimy jednak przypuszczać, że w wielu przypadkach istnieje zamiar wprowadzenia w błąd lekarza.

Ze zgłaszających się z cierpieniami górnych dróg oddechowych było 28 przypadków bez żadnych zmian chorobowych, między zgłaszającymi się z cierpieniami narządu słuchu w 268 przypadkach nie znaleziono żadnych zmian chorobowych; można powiedzieć, że na stu badanych było dwóch bez zmian chorobowych w górnych drogach oddechowych, a 21 bez zmian w narządzie słuchu. Jeżeli uwzględnimy osobno chorych z cierpieniami górnych dróg oddechowych i chorych z cierpieniami narządu słuchu, to pierwszych było bez jakichkolwiek zmian 13%, drugich 26%, t. j. dwa razy tyle.

Wśród 187 chorych z cierpieniami górnych dróg oddechowych stwierdzono:

Ostry nieżyt nosa	3	razy
Przewlekły nieżyt nosa	13	»
Rozszerzenie naczyń przegrody	6	»
Przedziurawienie przegrody	2	»
Wykrzywienie i zgrubienie przegrody	15	»
Zwężenie bliznowate nosa	1	»
Gruźlica nosa	1	»
Przerost małżowin nosowych	5	»
Polipy nosowe	14	»
Ozena	2	»

Ciało obce (?)	1	raz
Kiła trzeciorzędna nosa	1	»
Ropienie jam bocznych nosa	12	»
Zapalenie gardła ostre	16	»
Zapalenie gardła przewlekłe	7	»
Przerost migdałków	6	»
Włókniak migdałka	1	»
Włókniak na podstawie czaszki	1	»
Kiła drugorzędna gardła	1	»
Nieżyt krtani ostry	40	»
Nieżyt krtani przewlekły	10	»
Gruźlica krtani	5	»
Niedowład mięśni krtani	10	»
Polip krtani	2	»
Zwężenie krtani bliznowate	4	»
Zwężenie tchawicy	1	»
Powiększenie gruczołu tarczowego	4	»

Przypadek ciała obcego w nosie oznaczyliśmy znakiem zapytania, podania bowiem chorego są tak osobliwe, że prawie trudno im dać wiarę. Żołnierz, który przybył do szpitala z powodu innego cierpienia, zgłosił się także do badania nosa, przynosząc ze sobą kulę szrapnelową, która miała mu wypaść z nosa; podał on, iż parę dni temu po bitwie uczuł zatkanie prawej strony nosa, a w dwa dni później przy siąkaniu wypadła z tejże strony nosa kula. Badanie nosa nie wykazało żadnych obrażeń, z wyjątkiem lekkiego obtarcia naskórka u wejścia do prawej strony nosa.

Z chorych ze zmianami w jamie nosowej było pięciu niezdolnych do żadnej służby wojskowej, jeden z obustronnem silnem zwężeniem przewodów nosowych; oddychanie przez nos w tym przypadku było prawie niemożliwe. Przyczyną tego bliznowatego zwężenia przewodów nosowych była najprawdopodobniej gruźlica. Prócz tego były dwa przypadki gruźlicy nosa i dwa przypadki ozeny, przytem w jednym było prócz tego przewlekłe ropienie ucha środkowego. Tych chorych uważać trzeba za niezdolnych do żadnej służby w wojsku.

Zupełnie słusznie uważa się ozenę za chorobę, która uwalnia od służby wojskowej, pomimo zresztą braku jakichkolwiek innych zmian. Przy ozenie musi się nos starannie pielęgnować, by módz towarzysko żyć z ludźmi; nie ulega wątpliwości, że w służbie wojskowej takie pielęgnowanie niezawsze jest możliwe. Należy zresztą zaznaczyć, że pomimo starannego oczyszczania jamy nosowej współżycie z człowiekiem, cierpiącym na ozenę, jest w wielu przypadkach nieprzyjemne, a nieraz z powodu cuchnienia wprost niemożliwe. Jest rzeczą zrozumiałą, że żołnierz z tego powodu może być wystawiony na rozmaitego rodzaju nieprzyjemności ze strony swych towarzyszy.

Jednego chorego ze znacznem skrzywieniem przegrody nosowej uznano za zdatnego do służby pomocniczej. W przypadku tym skrzywienie było tak znaczne, że przegroda całą swą częścią chrząstkową przylegała do bocznej ściany nosa, znosząc zupełnie drożność połowy nosa; chcąc przywrócić drożność, trzebaby jeżeli nie całą, to w każdym razie znaczną część przegrody chrząstkowej wyciąć, na co i chory nie chciał dać przyzwolenia, a co nasuwało także pewne wątpliwości wobec możliwości zniekształcenia nosa po takiem rozległem wycięciu przegrody.

Z przypadków z chorobami gardła był tylko jeden chory niezdolny do żadnej służby wojskowej; był to przypadek włókniaka na podstawie czaszki u dwudziestoletniego mężczyzny.

Z przypadków z chorobami krtani było niezdolnych do żadnej służby wojskowej 5 chorych na gruźlicę krtani i 4 przypadki zwężenia krtani. W przypadkach gruźlicy krtani znajdowano zawsze większe lub mniejsze zmiany także i w płucach.

Co się tyczy zwężenia krtani, to we wszystkich czterech przypadkach było to zwężenie bliznowate, i to w trzech przypadkach z powodu zranienia od kuli, w jednym zaś przypadku z powodu przecięcia krtani nożem poniżej chrząstki tarczowatej w celach samobójczych. Wszystkie te przypadki przysłano z innych szpitali zagojone; we wszystkich tych przypadkach zwężenie było tak silne, że o oddychaniu bez rurki tracheotomijnej mowy nie było.

Ważną sprawą, na którą dotąd — zdaje mi się — mało zwracano uwagi, jest sprawa oceny zdolności do służby wojskowej ludzi z nieuleczalną lub co najmniej trudno uleczalną chrypką wskutek niedowładu mięśni krtani; oczywista rzecz, jest tutaj mowa tylko o chrypce znacznego stopnia, tak że mówienie staje się tylko z trudnością możliwe.

Spostrzegaliśmy ogółem 11 przypadków chrypki, w których jako przyczynę przyjęliśmy niedowład lub porażenie mięśni krtani. Z przypadków tych trzech chorych na chrypkę z powodu niedowładu wewnętrznych mięśni strun głosowych uznaliśmy za zdolnych do służby frontowej, pomimo że nasze usiłowania lecznicze pozostały bez skutku; w przypadkach tych chrypka była miernego stopnia i mówienie nie było uciążliwe. Rzeczą jest jasną, że nadwerężanie głosu w podobnych przypadkach musi być bezwarunkowo zakazane, w przeciwnym bowiem razie może nastąpić pogorszenie.

W sześciu przypadkach była chrypka bardzo znacznego stopnia, tak że mówienie było utrudnione, możliwe tylko ze znacznym wysiłkiem. W dwóch przypadkach przyczyną chrypki był niedowład mięśni wewnętrznych, w dwóch przypadkach chodziło o niedowład mięśni nalewkowo-pierściennych bocznych, w dwóch zaś przypadkach stwierdzono niedowład poprzecznego mięśnia krtani We wszystkich tych przypadkach stwierdzono zmiany nieżytowe na błonie śluzowej krtani. Nie rozstrzygnięto dotąd, jak takie przypadki traktować co do ich zdolności do służby wojskowej. U wszystkich sześciu chorych nie było zresztą zmian, któreby czyniły ich niezdolnymi do służby wojskowej, we wszystkich sześciu przypadkach chodziło tylko o czysto miejscowe cierpienie, które zresztą zdrowiu i życiu nie zagrażało. Nie ulega wątpliwości, że wszyscy sześciu mogliby pewne czynności w wojsku wykonywać, niemniej jednak skłonny jestem chorych tych uważać za niezdolnych do żadnej służby wojskowej, w przeciwieństwie do dwóch innych przypadków, gdzie przyczyną chrypki było całkowite porażenie jednego więzadła głosowego wskutek zranienia przez kulę. Chorych takich uważam za zdolnych do służby pomocniczej z tem, że wskazane jest tutaj szanowanie głosu; w tych przypadkach nie jest wykluczona nawet znaczna poprawa głosu wskutek wydatniejszej pracy więzadła zdrowego.

Zwrócić muszę uwagę, że przy ocenianiu stopnia chrypki trzeba być ostrożnym; zdarzyło mi się spostrzegać dwa przypadki udawania chrypki; w obydwu przypadkach po napomnieniu głos stał się jasnym.

W jednym przypadku niezdolność do jakiejkolwiek służby w wojsku była skutkiem znacznego zwężenia tchawicy przez znaczniejszych rozmiarów wole.

Tak więc z 215 chorych z cierpieniami górnych dróg oddechowych niezdolnych do żadnej służby wojskowej było 10, t. j. około 5%, 3 było zdolnych do służby pomocniczej, t. j. około 1 5%, reszta 202, t. j. około 93%, była lub stała się przez leczenie zdolną do służby frontowej.

W 762 przypadkach stwierdzono zmiany chorobowe w narządzie słuchu. Ucho zewnętrzne było siedliskiem choroby jednostronnie lub obustronnie 93 razy, ucho środkowe 698 razy, ucho wewnętrzne 41 razy. W 71 przypadkach stwierdzono w narządzie słuchu dwie lub więcej chorób; w 259 przypadkach były w obu narządach słuchu zmiany chorobowe.

Poszczególne choroby narządu słuchu rozdzielają się w następujący sposób:

Zapalenie przewodu zewnętrznego		prawego	18	razy
»	»	lewego	17	»
»	»	obustronne	9	»
Nagromadzenie się woskowiny		z prawej strony	14	»
»	»	z lewej strony	18	»
»	»	obustronnie	10	»

Ciało obce	2	razy
Rana postrzałowa małżowiny	4	»
» » przewodu słuchowego	2	»
Wrodzone zarośnięcie przewodu słuchowego	1	»
Ostre ropienie ucha środkowego prawego	68	»
» » » » lewego	57	»
» » » » obustronnie	11	»
Nieżyt trąbki prawej	8	»
» » lewej	6	»
» » obustr.	21	»
Przewlekłe ropienie ucha środkowego prawego	130	»
» » » » lewego	139	»
» » » » obustr.	78	»
Pozostałości po przewlekłem ropieniu ucha środk. praw.	56	»
» » » » » » lew.	68	»
» » » » » » obustr.	32	»
Nieżyt przewlekły prawego ucha	5	»
» » lewego ucha	9	»
» » obustronny	6	»
Otoskleroza z prawej strony	1	»
» obustronna	4	»
Zmiany w błędniku prawym	5	»
Zmiany w błędniku lewym	7	»
Zmiany w błędniku obustronnie	29	»

(Dokończenie nastąpi).

Z pracowni anatomiczno-patologicznej Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie (Lwów)

O użyciu wody utlenionej jako płynu różniczkowego przy barwieniu metodą Pal-Weigerta oraz metodą Dürcka (włókien sprężystych)

podał

Prof. Dr Józef Hornowski,

prosektor Zakładu.

Trudności czasów wojennych nie zawsze pozwalają mieć pod ręką wszystkie odczynniki, niezbędne przy mikroskopowem badaniu preparatów.

W takiem położeniu znalazłem się i ja w roku zeszłym. Szukając wyjścia z niego, drogą rozumowania doszedłem do wniosku, iż woda utleniona mogłaby zastąpić płyn różniczkowy, używany przy barwieniu metodą Pal-Weigerta. Skutek przewyższył oczekiwanie.

Woda utleniona okazała się nadzwyczaj dobrym środkiem różniczkowym i przy użyciu jej obrazy stały się o wielekroć jaśniejsze i ostrzejsze, niż zwykle, poza tem zaś sposób postępowania jest prostszy, a pomimo to bardziej precyzyjny.

Sposób więc Pal-Weigerta przedstawia się obecnie tak:

1) Skrawki z preparatów chromowanych i przepojonych celoidyną wkładamy na 24 godziny do $\frac{1}{2}$—$\frac{1}{4}$% kwasu chromowego wodnego.

2) Płuczemy je w wodzie.

3) Barwimy przez 24 do 48 godzin w hematoksylinie, przynajmniej 6-tygodniowej, przygotowanej w ten sposób:

10 grm hematoksyliny rozpuszczamy w 200 cm³ alkoholu 96% i po rozpuszczeniu wlewamy do 1500 cm³ wody przekroplonej, poczem dolewamy 20 cm³ kwasu octowego skoncentrowanego.

4) Płuczemy skrawki w wodzie.

5) Wkładamy skrawki do wodnego roztworu nadmanganianu potasu (10,0:1500,0), aż do wystąpienia odgraniczenia się istoty szarej od białej.

6) Różniczkujemy w wodzie utlenionej.

7) Płuczemy dokładnie i kilkakrotnie preparat w zmienianej wodzie przekroplonej.

8) Alkohole, karbol-ksylol, ksylol, balsam.

Co się tyczy barwienia włókien sprężystych według Dürcka, to po utrwaleniu preparatów w płynie Ortha, zaprawieniu ich w ciągu 5 dni przy 37⁰ w zwykłej zaprawie Weigerta (octan tlenku miedzi + ałun chromowy + kwas octowy) barwimy skrawki celoidynowe przez 12 do 24 godzin w zmieszanych przed samem barwieniem w równych częściach następujących płynach: 1) Liq. ferri sesquichlorati off. 4 cm, Aquae destillatae 96 cm³. 2) 10% Alkol. haematoxylini 10 cm³ + 96% Alkoholi 90 cm³, poczem zamiast różniczkować w boraksie z żelazocyankiem potasu, różniczkujemy szybko w wodzie utlenionej i opłukujemy, kilkakrotnie zmieniając ją, w wodzie przekroplonej.

Kto barwił temi obydwiema metodami, kto miał z niemi dużo do czynienia, wie dobrze, na jakie nieraz trudności natyka się badający, jak przy przechromowaniu lub przebarwieniu hematoksyliną w metodzie Pal-Weigerta źle różniczkują się preparaty, jak nieraz nie dają się zróżniczkować, lub w jednej chwili odbarwiają się przy różniczkowaniu preparaty przy metodzie Dürcka.

Wszystkie te trudności są usunięte przy użyciu wody utlenionej. Jeżeli preparaty są przechromowane, lub przebarwione, używamy dla różniczkowania ich wody utlenionej kupnej, w jej zwykłem nasyceniu, jeżeli są zbyt słabo chromowane, lub barwik barwi słabiej, — używamy wody utlenionej, rozprowadzonej na oko większą lub mniejszą ilością wody przekroplonej.

Poza tem zaznaczyć tu muszę, iż użycie wody utlenionej, jako płynu różniczkowego, skraca znacznie całą procedurę różniczkowania, a więc zaoszczędza czasu, którego zawsze braknie przy różnych metodach barwienia układu nerwowego.

Preparaty, o ile są po różniczkowaniu dobrze wypłukane w wodzie, przechowują się jaknajlepiej.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 23. II. 1916.

Obecnych członków 22.

1) Przewodniczący kol. Piltz oznajmił o śmierci prof. Dr Stanisława Domańskiego, członka honorowego i byłego prezesa Towarzystwa i w paru słowach scharakteryzował jego działalność. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Odczytano protokół posiedzenia poprzedniego i przyjęto go; następnie przystąpiono do wyboru na członka kol. Czubalskiego, którego jednogłośnie wybrano.

3) Kol. Borowiecki przedstawił a) w zestawieniu z teoryami migreny przypadek **uszkodzenia nerwu współczulnego na szyi** ze stałem rozszerzeniem źrenicy, wzmożonem wydzielaniem potu po stronie uszkodzenia, oraz napadowo na przeciąg czasu 15 minut do godziny pod wpływem wysiłku występującymi bólami głowy i twarzy po tejże stronie. Bóle te pojawiły się po raz pierwszy pod wpływem próby cięższej pracy w kilka miesięcy po urazie.

Nadto przedstawił kol. B. szereg **zaburzeń czynnościowych po postrzałach kończyn**, wikłających obraz porażeń nerwów obwodowych lub występujących nawet bez uszkodzenia tych nerwów. Zaburzenia te czynnościowe stanowią powikłanie 16—17% postrzałów kończyn, badanych przez kol. B. Porażenie ogarnia w przypadkach tych zwykle znacznie większy zakres mięśniowy, niżbyśmy przypuszczali z siedziby postrzału; zaburzenia czucia sięgają również poza obszary skórne, zaopatrzone przez poszczególne nerwy obwodowe, a pobudliwość elektryczna nie ulega wybitniejszym zmianom. Zazwyczaj udaje się wykryć w obrazie tym pewne jądro organiczne, zdradzające się jedynie nieznacznem osłabieniem pobudliwości elektrycznej, zaburzeniem czucia w zakresie pojedynczego jakiegoś nerwu, ustawieniem kończyny i t. d. Często bardzo jądro to wykrywa się dopiero po usunięciu zaburzeń czynnościowych, przyczem rozpoznanie natury tych zaburzeń i ich odpowiednie traktowanie wiedzie zazwyczaj do znacznej i szybkiej poprawy. Zaburzenia czynnościowe są różnych kategoryi: jako najprostsze wymienić można t. zw. fałszywe inerwacye (Oppenheim), n. p. niemożność czynnego skurczu mięśni przy możności utrzymania pozycyi nadanej, jako bardziej ogólne — zaburzenia histeryczno-urazowe, nawykowe i ew. odruchowe (Oppenheim). Jakkolwiek czystej postaci porażenia odruchowego nie udało się mowcy stwierdzić, należy przyznać stanom odruchowym znaczną rolę w powstawaniu zaburzeń czynnościowych. Jako dość częste zjawisko odruchowe spostrzegał kol. B. po postrzałach nerwów obwodowych nadmierne pocenie się (hiperhidrosis) w zakresie innych nerwów obwodowych.

W dyskusyi nad demonstracyami przemawiali kol. Mazurkiewicz, Piltz i Kader.

4) Kol. Weissglas przedstawił przypadek **porażenia nerwu łokciowego po ospie.**

5) Kol Klęsk wypowiedział wykład p. t. **Szkic chirurgii nerwów obwodowych.** — Prelegent omówił na swym bogatym materyale (210) uszkodzenia i operacye na nerwach obwodowych. Uwolnienie nerwów z blizny lub kostniny, wykonane racyonalnie, daje znakomite, nieraz natychmiastowe wyniki (demonstracye operowanych). W razie, gdy nerw w miejscu uszkodzenia jest podejrzany, lepiej go wyciąć i zeszyć kikuty, niż narazić się na brak wyniku po neurolizie. Następnie omawia prelegent sposoby łączenia nerwów, tubulizacyę i leczenie następowe. Operować należy nawet przypadki zadawnione. Energicznego leczenia wymagają też zmiany troficzne i ich następstwa. W końcu omawia prelegent operacye na poszczególnych nerwach, objaśniając je demonstracyami przypadków operowanych i pokazując szyny i przyrządy, między innemi ruchomą szynę do leczenia porażeń nerwu promieniowego własnego pomysłu. Każde uszkodzenie nerwu powinien zbadać przed operacyą neurolog, gdyż o pomyłki tu nie trudno. Technika operacyi na nerwach jest bardzo subtelna, wymaga osobnych narzędzi, wprawy i znajomości anatomii i fizyologii nerwów.

W dyskusyi przemawiali: kol. Blassberg, Borowiecki, Kader, Klęsk, Michejda, Piltz i Weissglas.

Posiedzenie d. 8. III. 1916.

Obecnych członków 21, przewodniczy kol. Piltz.

1) Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia poprzedniego.

2) Kol Rosner porusza sprawę uczęszczania słuchaczy medycyny na posiedzenia Towarzystwa lekarskiego.

3) Kol. Ciechanowski przedstawia następujące preparaty anatomopatologiczne:

a) T. zw. **meningitis cystica circumscripta** w obrębie lewej zatoki Sylwiusza u 3-letniego chłopca zmarłego na płonicę (S. 706. 14). Opony miękkie są przekształcone w rodzaj torbieli wielkości orzecha włoskiego, o zupełnie cienkiej i przeźroczystej ścianie. Opony w innych częściach, jakoteż mózg zupełnie bez zmian. Dla porównania przedstawia kol. Ciechanowski drugi okaz **torbieli opon,** znaleziony u 32-letniej kobiety (S. 819. 913) zmarłej na gruźlicę płuc i jelit. Torbiel o ściankach, podobnych do poprzedniej, w przypadku tym usadowiona na lewej półkuli mózgu w okolicy zakrętów centralnych, wypuklająca się nieznacznie nad powierzchnię półkuli, leży głównie w obrębie rowka mózgowego, jakby wtłoczona pomiędzy dwa sąsiednie zakręty mózgowe. W sąsiadujących z torbielą zakrętach mózgowych widać wyraźną, zwężoną warstwę kory mózgowej, tylko w najgłębszej części torbieli warstewki tej nie widać, wobec czego powstać musi wątpliwość, czy pochodzenie torbieli jest wyłącznie oponowe. Żadnych szczególnych objawów klinicznych w obu przypadkach nie zauważono.

b) Okaz **mięsaka i równoczesnej gruźlicy jajnika i jajowodu** prawego, a raczej (morfologicznie typowych) zmian gruźliczych w obrębie mięsaka (M. 24. 916). Prątków gruźliczych nie zdołano wykazać (może z powodu ustalenia w formalinie).

c) Okaz **olbrzymiokomórkowego mięsaka tarczycy,** wrastającego do żyły szyjnej, z przerzutami w komorze prawej serca i w płucach (S. 8. 916). Oprócz rzadkości mięsaków tego typu poza układem kostnym, uwagi godną jest w tym przypadku złośliwość, w przypadkach mięsaków olbrzymiokomórkowych niezwykła, przyczem w przerzutach płucnych ma mięsak to samo utkanie, jak w guzie pierwotnym.

d) Okaz **mięsaka pierwotnego** w jamie **opłucnej** prawej w niezwykłej postaci nader licznych, niezależnych od siebie guzów, osadzonych na wązkich szypułkach, a mających powierzchnię złożoną często jakby z grubych, nizkich brodawek (S. 7. 916). Mięsak ten wychodzi najprawdopodobniej z opłucnej i wrasta w płuco tylko w jednem miejscu, szerząc się tam jednak bardzo niedaleko. W jamie opłucnej znajdowała się obfita ciecz surowicza; klinicznie dało to powód do rozpoznania wysięku gruźliczego.

W dyskusyi a) kol. Rosner zwraca uwagę, że jajowody są najrzadszem siedliskiem nowotworów złośliwych, nowotwory takie jednak łączą się czasem z gruźlicą; b) kol. Gliński podał dokładniejsze szczegóły o swoich spostrzeżeniach, wspomnianych przez kol. Ciechanowskiego, a podobnych do trzeciego przypadku (wyżej pod c).

4) Kol. R. Nitsch: **Uwagi nad badaniem bakteryologicznem cholery.**

Oprócz prób, przepisanych instrukcyą i ustalonych doświadczeniem, t. j. 1) zrobienie preparatu barwionego z kału, 2) zasianie wody peptonowej, 3) zasianie pożywki Dieudonnego, względnie jej modyfikacyi, 4) badanie wyrosłych kolonii surowicą swoistą, co do aglutynacyi względnie objawu Pfeiffera, radzi prelegent jeszcze na podstawie swych badań z r. 1914 i 1915 wykonywać dwa następujące: 5) badanie kału papierkiem lakmusowym, 6) badanie świeżego preparatu kału w kropli wiszącej, głównie na brzegu kropli.

Co do 5), to mowca zauważył, że jeśli kał oddziałuje kwaśno, to nie zawiera przecinkowców cholery. Co do 6) zaś zauważył, że w razie obecności przecinkowców cholery widać często ruch ich w środku kropli bardzo żywy, a na brzegach, wskutek braku miejsca, znacznie wolniejszy, przyczem widzieć można ruchy wężowate. W kale dłuższy czas stojącym często już ruchów nie widać, a mimo to hodowlą jeszcze cholerę wykazać można.

W dyskusyi zabierał głos kol. Kramarzyński.

Posiedzenie d. 29. III. 1916.

Obecnych członków 40. Przewodniczy kol. Piltz.

1) Przewodniczący oznajmił o śmierci b. p. kol. Ferdynanda Eichhorna, członka Towarzystwa. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia poprzedniego.

3) Kol. Hładij przedstawił przypadek **mocznicy, leczonej obłuszczeniem** (dekapsulacyą) **nerek** i wyleczonej w przeciągu dwóch tygodni.

W dyskusyi a) kol. Jaworski zapytuje o dno oka oraz podnosi, że szkoda, iż nie można było przypadku tego cystoskopować, gdyż może wystarczyłoby operować jedną nerkę. — b) Kol. Latkowski prosi o informacye, oraz zwraca uwagę, że przypadek ten sprawia wrażenie mocznicy rzucawkowej, dającej stosunkowo dobre rokowanie. Postacie tego rodzaju poprawiają się niekiedy po przekłuciu lędźwiowem. — c) Kol. Glassner widzi wskazanie do obłuszczenia jedynie tylko tam, gdzie miąższ nerki nie mieści się w pochewce. — d) Wreszcie kol. Hładij udziela informacyi co do swego przypadku.

4) Kol. Latkowski wygłosił odczyt p. t. **O osłabieniu mięśnia sercowego pod względem klinicznym.** Ze względu na ważność wczesnego rozpoznania niedomogi początkowej mięśnia sercowego omawia prelegent metody t. zw. czynnościowej dyagnostyki serca, między innemi metody Strassburgera, Erlangera i Hookera, Raaba, Recklinghausena, Albrechta i innych. Dalej przedstawia ważność oznaczania wielkości serca dla dyagnostyki osłabienia w początkowych okresach i w związku z tem kreśli zasady metody opukowej. Określa potem istotę osłabienia mięśnia sercowego z punktu widzenia dynamicznego, omawia podstawy anatomo-patologiczne, niezupełnie je wyjaśniające, wreszcie kliniczne objawy, zwłaszcza form początkowych. Przechodzi następnie do rozpatrzenia materyału własnego, składającego się z 1611 przypadków sercowych i na podstawie tegoż dochodzi między innemi do wniosku, że stwardnienie tętnic wieńcowych i tętnicy głównej występuje w znacznej liczbie przypadków osłabienia, a zatem może być uważane za jedną z głównych przyczyn jego i że osłabienie z przemęczenia jest możliwe, ale stosunkowo dość rzadkie.

Dyskusyę nad wykładem odłożono z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

Posiedzenie d. 15. III. 1916.

Obecnych członków 60. Przewodniczy kol. Piltz.

1) Przewodniczący wita przybyłych gości: szefa sztabu generalnego twierdzy, pułkownika Grimma, szefa sanitarnego twierdzy, starszego lekarza sztabowego Dr Otto, starszego lekarza sztabowego, docenta Uniwersytetu wiedeńskiego Dr Glasera oraz Dr Szokalskiego z Piotrkowa.

2) Dr Gustaw Paul, dyrektor państwowego zakładu krowiankowego w Wiedniu, wygłasza po niemiecku odczyt: **O nowej eksperymentalnej metodzie rozpoznawania klinicznie wątpliwych przypadków ospy.** Prelegent podnosi znaczenie szczepienia na rogówkę królika materyału, wydobytego z krosty ospowej. Pod wpływem tego szczepienia powstają charakterystyczne zmiany mikroskopowe, na które zwrócił uwagę Guarnieri; jestto pewien rodzaj ciałek, złożonych w komórkach nabłonkowych rogówki. Jako rzecz dotychczas nieopisywaną, a przez siebie odkrytą, opisuje i pokazuje P. zmiany, widoczne gołem

okiem na rogówce zaszczepionego królika, przedstawiające się w postaci drobnych guzków, spotykanych jedynie po szczepieniu materyału, pochodzącego z ospy prawdziwej, względnie krowianki przeciwospowej. Na zmiany te należy czekać około 48 godzin, a dla ich uwidocznienia należy zanurzyć po wyłuszczeniu gałki ocznej rogówkę w 4% rozczynie alkoholowym sublimatu.

Wykład poparty był pokazami bardzo pięknych przeźroczy, przedstawiających ciałka Guarnieriego oraz opisane przez prelegenta guzki na rogówce Przy okazyi pokazał prelegent szereg przeźroczy, ilustrujących objawy skórne ospy, państwowy zakład krowiankowy w Wiedniu oraz jego urządzenia.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Kostanecki, opisując działalność kolumn sanitarnych i udział w nich słuchaczów uniwersytetu, kol. Rosenhauch, omawiając zmiany oczne przy szczepieniu przeciwko ospie, oraz kol. Janiszewski, przedstawiając trudności regestrowania wyników szczepienia. Kol. Piltz dziękował w imieniu Towarzystwa lekarskiego Dr Paulowi za wygłoszenie odczytu. Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Dokończenie).

2) Prezes prof. Ziemacki podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu Rady obradowano nad zaliczeniem: Drów Franciszka Chłapowskiego, prof. Heliodora Święcickiego, redaktora Stanisława Łazarewicza, Ignacego Zielewicza (wszyscy z Poznania), prof. Dra Bolesława Wicherkiewicza (z Krakowa) i Dra Leona Szumana (z Torunia) w poczet członków honorowych »Związku«. Rada »Związku« z okazyi jubileuszu »Nowin lekarskich« wobec wielkich zasług niestrudzonych pracowników na niwie ojczystej, które były przedstawione przez prof. Zaleskiego na zeszłem posiedzeniu w dniu 17 (30) grudnia 1913 r. i powszechnie są znane, przedstawia dziś wniosek ten w myśl § 15 ustawy do ogólnego zatwierdzenia. (§ 15 ustawy odczytano). Na wniosek prezesa: Drowie Franciszek Chłapowski, Heliodor Święcicki, Stanisław Łazarewicz, Ignacy Zielewicz, prof. Bolesław Wicherkiewicz i Leon Szuman przez jawne głosowanie jednomyślnie zostali obrani członkami honorowymi »Związku«. Uchwalono o wyborze zawiadomić listownie.

3) Na wniosek prof Zaleskiego, poprzedzony gorącem przemówieniem i scharakteryzowaniem zasług ustępującego prezesa prof. Dra Józefa Ziemackiego, zgromadzenie jednomyślnie obrało go w myśl § 15 ustawy członkiem honorowym »Związku«.

4) Prezes podaje do wiadomości, iż w myśl §§ 24—28 ustawy, muszą się odbyć wybory prezesa »Związku«, wiceprezesów poszczególnych wydziałów, sekretarzy, skarbnika, bibliotekarza i innych członków Rady.

A) Przystąpiono wspólnie do wyborów prezesa »Związku«, skarbnika i bibliotekarza; głosujących osób — 41. Prezesem »Związku« prawie jednomyślnie został ponownie obrany były jego prezes, członek honorowy »Związku« i Rady, prof. Dr Stanisław Zaleski, skarbnikiem Dr Konrad Uliński, bibliotekarzem Dr Leon Jastrzębski. Nowoobrany prezes prof. Zaleski zajął miejsce przewodniczącego.

B) Wydział lekarski: głosujących osób 25. Wiceprezesem został obrany Doc. Dr Zdzisław Sowiński, sekretarzem naukowym: Dr Bolesław Wilamowski, sekretarzem administracyjnym: Dr Jan Giederowicz-Weder.

C) Wydział przyrodniczy: wiceprezesem został obrany zasłużony prof. Henryk Merczyng przez aklamacyę, sekretarzem inż.-kom. Alfred Rundo.

D) Wydział techniczny: wiceprezesem został obrany inż.-górn. Zygmunt Kotarski, a jego zastępcą inż-kom. Jan Berkiewicz, sekretarzami: inż.-techn. Stanisław Korsak i inż.-techn. Zbigniew Fabierkiewicz.

E) Wydział farmaceutyczny: wiceprezesem został obrany p. Edmund Chrzanowski, sekretarzem mag. farm. Witold Boharewicz.

F) Wydział odontologiczny: wiceprezesem obrany został lek.-dent. Maurycy Pożaryski, sekretarzem lek.-dent. Tadeusz Łypaczewski.

Nastąpiło wzajemne zatwierdzenie osób wybranych na urzędy.

G) Przystąpiono wspólnie do wyborów Komisyi rewizyjnej; zostali wybrani: Dr Świątecki (przewodniczący), Dr Aleksander Karnicki, Dr Urban Wierciński, inż.-górn. Stefan Czarnocki, Dr Adam Huszcza i adw. przysięgły Walery Rogójski.

Skład komitetu budowy szpitala polskiego pozostał ten, co i poprzednio: Dr Eugeniusz Marcinkiewicz (przewodniczący), Dr Jan Hattowski (skarbnik), Dr Ksawery Jaxa Bykowski i Wojciech Kozłowski (sekretarze).

5) Na wniosek Rady zostali obrani członkami honorowymi Rady niniejszej, członkowie honorowi »Związku«: prof. Otton Czeczott i prof. Józef Ziemacki.

6) Dokonano wyborów; rzeczywistymi członkami zostali obrani jednomyślnie: inż.-techn. Bronisław Roman Ratuld i inż.-techn. Józef Ziabicki

7) Prof. Józef Ziemacki, składając swój mandat w ręce nowego prezesa prof. Zaleskiego, w gorących wyrazach dziękuje za zaszczyt, którym go »Związek« odznaczył, obierając na swego członka honorowego, składa podziękowanie swym współpracownikom i życzy »Związkowi« dalszego rozwoju.

8) Prof. Otton Czeczott wnosi, aby wręczono członkom honorowym dyplomy. Przyjęto do wiadomości.

9) Prezes prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż zwraca się do »Związku« przełożona II. Ochronki polskiej, czyby »Związek« nie zechciał wziąść udziału w utrzymaniu 2 dziewcząt, co rocznie wyniesie około 150 rb. Dla braku funduszów propozycyę uchylono, a wniesiono listę dobrowolnych składek.

10) Prezes prof. Zaleski, dziękując Zgromadzeniu za zaufanie, jakiem go darzy »Związek«, ponownie powołując na swego przewodniczącego, podnosi energię i pracę swych poprzedników i zamyka posiedzenie.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Nowelę do ustawy o zabezpieczeniu chorych wydał rząd austryacki na podstawie § 14. Najważniejszą zmianą jest podwyższenie świadczeń kas chorych dla członków, obejmujące także zwiększoną ochronę macierzyństwa. Na nowo ułożono stosunek między kasami chorych, a lekarzami. Choremu w obrębie pewnych granic przysługuje wolny wybór lekarza. Przy zawieraniu układów między lekarzami a kasami dopuszczona jest interwencya zawodowej organizacyi lekarskiej, przy sporach wybór komisyi polubownej, ewentualnie sądu rozjemczego zakładów ubezpieczenia od wypadków.

Otrzymujemy następującą odezwę:

Od dłuższego czasu, bo od 24. marca 1914 roku, nie słyszymy nic o naszej Kasie pogrzebowej w Związku krajowym lekarzy Galicyi. Ostatnie 2 korony 50 hal. mam zanotowane na czeku, przesłanym z powodu śmierci 2. lutego 1914 kolegi w Buczaczu. Ktoś otrzymał wtedy po tym przezornym koledze 660 koron, a mógł uzyskać i kilka tysięcy, może iście opatrznościowych, gdyby taka przezorność objęła wszystkich lekarzy w kraju. Że do końca 1914 roku zmarło więcej członków Kasy pogrzebowej, a w 2 dalszych latach 1915 i 1916 że zmarło ich niezawodnie sporo, — nie ulega żadnej wątpliwości. Podziwiam delikatność wdów i sierot po członkach Kasy pogrzebowej, zmarłych na stanowiskach i na różnych frontach przez wojnę pozbawionych życia, że mimo wzmożonych potrzeb, a nieraz i prawdziwej nędzy, nie upominają się o swą prawną należytość. To milczenie tłomaczy chyba u niektórych niewiadomość, czy się im co należy, u wielu może jeszcze niemożność odezwania się z powodu ciągłej zawieruchy, a u wszystkich owo ogólne zniechęcenie do wszystkiego i onieśmielenie. W imieniu więc tych wdów i sierot odzywam się do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, lwowskiego i lekarzy galicyjskich, by doniosły do Kasy pogrzebowej o zgonach lekarzy, zaszłych w ostatnich 3 latach, odzywam się też do Zarządu Kasy pogrzebowej, by zebrał

należne wkładki swych członków, z miejsca pobytu prawie powszechnie już znanych.

Żony i córki, matki i siostry lekarzy, wogóle ich rodziny, powinny usilnie wpływać na mężów i ojców, synów i braci, we własnym wszystkich interesie, by każdy lekarz bezwarunkowo zapisał się do Kasy pogrzebowej. Należenie do Kasy, to bardzo nieznaczny wydatek roczny, a wsparcie z Kasy osusza łzy i ułatwia najprzykrzejsze chwile sierotom i wdowom po kolegach naszych. Każdemu koledze radzę jaknajusilniej ubezpieczyć się na życie i należeć koniecznie do Kasy pogrzebowej, bez względu na zasobność i stanowisko, choćby najrentowniejsze.

Dr Tomasz Mączka.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 24. I. 1917 posiedzenie, na którem Dr Oszacki przedstawił przypadek niedokrwistości hemolitycznej, Dr Rogalski dwa przypadki neurologiczne, poczem Dr Oszacki miał zapowiedziany wykład: »O czynnościowych zboczeniach krążenia«. W ożywionej dyskusyi uczestniczyli Dr Blassberg, Hirsch, Kupczyk, prof. Piltz, prof. Rosner, Dr Rogalski.

Następne posiedzenie odbędzie się 31. I. 1917.

— Delegacya obu Izb lekarskich i wszystkich Towarzystw lekarskich galicyjskich, złożona z prezydenta Dr Papéego, jako przedstawiciela Izby wschodniogalicyjskiej i Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, prezydenta Izby zachodniogalicyjskiej Dr Schoenguta, prezesa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego prof. Ciechanowskiego i Dr Schellenberga, który wraz z prof. Ciechanowskim otrzymał mandat od Towarzystwa lekarzy galicyjskich, przedstawiła w Wiedniu JE. Ministrowi dla Galicyi i JE. Prezesowi Koła polskiego w d. 23. I. b. r. postulaty w sprawie sanitarnego wyodrębnienia Galicyi. Równocześnie wpłynęło do Ministerstwa dla Galicyi i do Koła polskiego pismo Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego z takimiż postulatami.

— Krakowski Komitet Książęco-Biskupi ogłosił krótkie sprawozdanie ze swej działalności, w którem o pracy Sekcyi sanitarnej, kierowanej przez prof. Dr Emila Godlewskiego, podano, co następuje:

»Bezpośrednio z Krakowa rozpościerała się na cały kraj w porozumieniu i z pomocą c. k. Namiestnictwa i c. k. Jenerał-gubernatorstwa lubelskiego akcya sanitarna. Najpierw z osobistej inicyatywy ks. Biskupa krakowskiego powstały kolumny sanitarne, mające za zadanie tępić po całym kraju epidemie, a przedewszystkiem tyfus plamisty. Ruchome kolumny sanitarne z lekarzami, pielęgniarkami i całem urządzeniem szpitalnem, udawały się do ognisk zarazy i zakładały szpitale kolejno w miejscowościach następujących: W Galicyi: Powiat Cieszanowski: Zapałów, Sucha Wola, Ruda Rożaniecka, Miłków, Narol, Stare Sioło. Powiat Łańcucki: Łańcut, Rakszawa, Albigowa. Powiat Niski: Jeżowe, Rudnik, Kamień. W Królestwie: Powiat Wierzbnicki: Pętkowice. Powiat Sandomierski: Zawichost. Powiat Lubelski: Jaszczów, Piaski. Powiat Krasnostawski: Wygnanowice. Obecnie działają jeszcze szpitale w Królestwie: Powiat Opatowski: Ćmielów, Opatów, Łagów. Powiat Biłgorajski: Tarnogród. Powiat Zamojski: Radecznica. W szpitalach kolumn sanitarnych leczyło się chorych 2000, a dni leczenia było w nich ogółem 40.000. Dalszym krokiem Sekcyi sanitarnej było zorganizowanie i przeprowadzenie szczepienia ochronnego przeciw ospie. Rozpoczęte w r. 1915, dzięki dopiero czynnej pomocy Wszechnicy Jagiellońskiej szczepienie mogło w r. 1916 przybrać rozmiary, odpowiadające grozie epidemii. Wyszkolone i wyekwipowane przez K. B. K. setki młodzieży uniwersyteckiej rozjechały się po kraju i zaszczepiły w Galicyi około 2,000.000, a w Królestwie około 400.000 osób. Koszta całej akcyi sanitarnej, uwieńczonej powodzeniem zupełnem, wyniosły ogółem K 1,400.000«.

— Według danych, zebranych przez prof. Dr Wachholza w artykule o wyższych studyach kobiet (ogłoszonym w »Głosie Narodu« z 19. I. 1917 Nr 16) z 209 zwyczajnych słuchaczek Wydziału lekarskiego w Krakowie, studyujących w okresie 1900—1916, tylko 52, to jest 34%, ukończyło studya i uzyskało dyplom lekarski.

— Celem wykształcenia organów policyi zdrowia i artykułów spożywczych odbędzie się w najbliższych miesiącach b. r. w c. k. Zakładzie badania środków spożywczych w Krakowie sześciotygodniowy kurs naukowy. Do uczestnictwa w kursie dopuści się kandydatów, którzy wykażą się dowodami z ukończonej co najmniej szkoły wydziałowej, oraz złożą przepisane czesne w kwocie 50 kor. Zgłoszenia na kurs w postaci ostemplowanego podania do dyrekcyi zakładu należy wraz z metryką chrztu lub urodzin, oraz świadectwem szkolnem, wnosić pocztą lub osobiście u starszego inspektora zakładu najpóźniej do dnia 5. lutego. Przy zgłoszeniu należy złożyć ewentualną prośbę o uwolnienie od czesnego, popartą świadectwem ubóstwa. O przyjęciu na kurs uwiadomi się kandydatów na 4 tygodnie przed jego rozpoczęciem. W razie niezgłoszenia się na kurs odpowiedniej liczby kandydatów, kurs powyższy nie odbędzie się w terminie wyżej podanym.

Warszawa. Zjazd medycyny wojskowej polskiej odbędzie się w Warszawie w dniach 1 i 2 lutego b. r. z inicyatywy Polskiego Towarzystwa medycyny społecznej. Na program zjazdu złożą się referaty: 1) Historya medycyny wojskowej w armiach polskich, 2) Stan pomocy lekarskiej przez czas istnienia Legionów polskich (Dr A. Stefanowski), 3) Sprawa opieki nad inwalidami, 4) Choroby zakaźne i walka z niemi w czasie obecnej wojny (Dr Z. Szymanowski), 5) Postępy chirurgii wojskowej na froncie (Dr Wł. Jakowicki i Dr B. Stroński), 6) Stan pomocy chirurgicznej na tyłach armii (Dr A. Zaremba), 7) Choroby weneryczne w czasie wojny i pokoju (Dr L. Wernic), 8) Choroby weneryczne w wojsku polskiem (Dr J. Stopczański i Dr M. Kapellner), 9) Choroby uszu wśród wojska i wskazanie do operacyi, 10) O działalności gazów trujących na wojnie i przeciwdziałaniu im. — W zjeździe wezmą udział w znacznej liczbie lekarze legionów. W dniu 1. II. odbędzie się zebranie towarzyskie.

— Śmierć ś. p. Dr Chełchowskiego odczuwa Warszawa, jako bardzo wielką stratę. Wyrazem tego były przemówienia pogrzebowe Dr A. Puławskiego imieniem Towarzystwa lekarskiego, Stowarzyszenia lekarzy polskich, lekarzy szpitalnych i pism lekarskich, Dr J. Polaka imieniem Towarzystwa higienicznego i Dr A. Rząda imieniem Macierzy polskiej i innych instytucyi oświatowych (ogłoszone w całości w Nr. 3 »Gazety lekarskiej« z r. b.). Dla uczczenia pamięci Dr Chełchowskiego ma odbyć się w Towarzystwie higienicznem uroczysta żałobna akademia; Rada miejska osobną uchwałą postanowiła gremialnie uczestniczyć w pogrzebie, a w czasie jego przerwać czynności w swych biurach. Zawiązał się też osobny komitet, który postanowił zawiesić portret zmarłego w gmachu Towarzystwa higienicznego i stworzyć ze składek fundacyę jego imienia na higienę i oświatę ludu.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 31. stycznia** 1917 o godz. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Krótka relacya z konferencyi w Wiedniu w sprawie sanitarnego wyodrębnienia Galicyi. 2) Doc. Dr Radliński: Demonstracya przypadków chirurgicznych. 3) Prof. Dr Latkowski: »O nowem leczeniu spraw zapalnych« (z demonstracyami).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 3. lutego 1917. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI.

W trudnych dla narodu chwilach zsyła los czasem ludzi, którzy biorą w rękę rząd dusz i choć żadnych nie noszą tytułów, stają na czele swego społeczeństwa, krzepią je swymi czynami i wiodą ku lepszej przyszłości. Jedni z nich ujmują królewskie władanie nad całym narodem; innych, choć w ciaśniejszem działających kole, równa z tamtymi miara duchowego wysiłku, miara zasługi i owoców pracy.

Do takich należał Władysław Biegański.

Nauczycielem był młodych pokoleń lekarskich, choć na żadnej nie zasiadał katedrze, przodownikiem polskiej medycyny, choć musiał pracować w warunkach trudnych, zdala od nowocześnie urządzonych warsztatów, chlubą był piśmiennictwa lekarskiego, choć dzieła swe tworzył nie w stolicy, bez pomocy bogatych książnic i ożywczego środowiska. Wskazywał najwyższe cele, sam w nie przez cały swój żywot wpatrzony, a głębokiem ukochaniem idealu i wierną dla niego służbą rozgrzewał obojętnych i krzesał w zimnych święty płomień obowiązku obywatelskiego.

Pochodził z Wielkopolski. Urodzony w Grabowie w Księstwie Poznańskiem, szkoły średnie przeszedł w r. 1867—1875 w Piotrkowie. Medycynę studyował w Warszawie; choć od zamknięcia Szkoły głównej minął już lat szereg, umiał jednak odczuć jej świetne tradycye i do dna przesiąknąć wszystkiem, co w niej było najlepsze. Od r. 1880 pracował w szpitalu Ziemstwa w powiecie żyzdryńskim gubernii kałuskiej; po dwu latach ruszył na zachód i r. 1883 spędził na klinikach berlińskich i praskich. Po powrocie osiadł w Częstochowie, i tu, na skromnem stanowisku lekarza szpitala NPMaryi i kolei warszawsko-wiedeńskiej, rozwinął zdumiewającą działalność naukową i piśmienniczą, jednającą Mu nietylko w zakresie medycyny, lecz także w zakresie filozofii głośne imię, wielkie uznanie u obcych i swoich. Objąwszy stanowisko prezesa Towarzystwa lekarskiego w Częstochowie, uczynił je środowiskiem ożywionego i poważnego ruchu umysłowego.

Lista prac Biegańskiego jest długa. Rozpoczyna je rozprawa o hemiatetozie, ogłoszona w »Gazecie lekarskiej« w r. 1883. Odtąd rokrocznie ukazywały się rozprawy, uderzające bystrością spostrzeżeń, wytrawnością sądu i rozległością wykształcenia. Ale okres rozgłosu i wzrastającej wdzięczności rozpoczął się dopiero, gdy zaczęły wychodzić znakomite dzieła Biegańskiego, równie świetnego pisarza w zakresie medycyny praktycznej, jak w zakresie zagadnień teoretycznych i krytycznych rozbiorów zasadniczych pojęć. Któż z polskich lekarzy nie zna, kto nie zawdzięcza wiele jego dyagnostyce chorób wewnętrznych, jego dziełu o chorobach zakaźnych, o zagadnieniach z teoryi nauk lekarskich. Wydaniem »Logiki medycyny« wpłynął znacznie na pogłębienie myśli lekarskiej polskiej, a aforyzmami o etyce lekarskiej postawił sobie trwały pomnik w umysłach i sercach.

Władysław Biegański zasłużył na to, aby całą Jego działalność oceniono w osobnej monografii. Miejmy nadzieję, że wkrótce spłacony zostanie ten dług Jego pamięci.

Za wcześnie Go zabrakło!

C.

O leczeniu ran postrzałowych czaszki na stacyi opatrunkowej.

Podał

Dr Feliks Hahn,

komendant zakładu sanitarnego dywizyjnego.

(Wykład d. 26. I. 1916 na zgromadzeniu niemieckich i austryacko-węgierskich wojskowych lekarzy chirurgów niemieckiej armii południowej).

Mimo zmniejszenia kalibru pocisków karabinowych, mimo ulepszonego leczenia wojenno-chirurgicznego i mimo innych modnych postępów, postrzały czaszki i dziś jeszcze należą do najniebezpieczniejszych ran postrzałowych w polu.

Według Eug. Birchera[1]) 50% poległych stanowią postrzały czaszki. Według v. Oettingena[2]), Kadera[3]) i innych umiera w zakładach leczniczych 25%—50% tego rodzaju rannych, którzy nie zginęli na placu boju, wielka część »wyleczonych« cierpi do końca życia na rozmaite dolegliwości, a tylko mała garstka zostaje w prawdziwem tego słowa znaczeniu uleczoną.

Ogólną śmiertelność skutkiem postrzałów czaszki podają statystycy rozmaicie, a mianowicie na 25%—75%. Rozbieżność tych liczb pochodzi stąd, że zestawienia różnych autorów nie opierały się na jednej zasadzie, lecz na rozmaitych.

Że bardzo wiele przyczyn wpływa na cyfrę śmiertelności, wynika n. p. z porównania następujących dwu zestawień: w wojnie rosyjsko-japońskiej wynosiła śmiertelność (według Sticha[4]) przy postrzałach stycznych (Tangentialschüsse) 30—35%, przy postrzałach ślepych (Steckschüsse) 35%, a przy poprzecznych przestrzałach 19%, natomiast w wojnie bałkańskiej (według Vollbrechta[5]) przy stycznych 32·2%, przy postrzałach ślepych 71·5%, a przy poprzecznych przestrzałach 42·8%.

Co do częstości postrzały głowy zajmują pierwsze miejsce po ranach postrzałowych kończyn. Porównując bowiem wiele statystyk, otrzymuje się następującą, prawie stałą skalę statystyczną ran postrzałowych:

Górne i dolne kończyny po	30%,
głowa	16%,
pierś	14%,
brzuch i miednica	10%.

Gdy od postrzałów głowy potrącimy rany części miękkich, otrzymamy zawsze jeszcze dość pokaźną liczbę, bo 6% właściwych postrzałów czaszki, liczbę, przewyższającą odsetek postrzałów jamy brzusznej, wynoszący 5%.

Przyczyny ogromnego niebezpieczeństwa postrzałów czaszki są głównie następujące: 1) ubytek ważnych części mózgu, 2) krwawienia, 3) zakażenie.

Pierwsza przyczyna wywołuje skutki, z góry nie do poprawienia, druga jest ogólnie znana jako wskazanie do zabiegu chirurgicznego, w każdym razie jest jednak przypadkiem bardzo rzadkim. Pozostaje zatem do omówienia przyczyna trzecia, t. j. zakażenie.

Tylko w bardzo nielicznych przypadkach może rana postrzałowa czaszki przebiegać bez zakażenia, przyjmując z góry idealną czystość i inne korzystne warunki. Zważywszy ogólnie znane niekorzystne warunki, w jakich się znajdują żołnierze w czasie bitwy, musi się dojść do przekonania, że wielka część postrzałów czaszki prędzej lub później uledz musi zakażeniu.

Skoro zatem Tillmann[6]) podaje, że »robił sekcye przypadków nieoperowanych, w których zachodziło zakażenie bez zabiegu chirurgicznego i że widział 18 przestrzałów, wyleczonych bez operacyi«, to zdanie to jest tylko potwierdzeniem naszego dopiero co wyrażonego zapatrywania.

Z wyjątkiem małej garstki zwolenników leczenia zachowawczego (jak Holbeck[7]), Demmer[8]), Franz[9]), Sick[10]) i i.) są prawie wszyscy chirurdzy wojenni za zabiegiem operacyjnym.

Już z wojny bałkańskiej 1912/13 donosi Moszkowicz[11]), że »według zgodnego zapatrywania wszystkich postrzały czaszki mogą być wyleczone tylko przez zabieg wczesny«. Schliep[12]) pisze o 575 postrzałach czaszki, leczonych na stacyi opatrunkowej serbskiej dywizyi »Morawa«: »Usuwano tylko odłamki kostne, ciała obce i zanieczyszczenia, a przy ucisku mózgu starano się o należyty odpływ, zresztą o dobre opatrunki. Zdaniem autora należało wiele więcej operować. Niejednego byłoby się w ten sposób ocaliło. Niestety nie było czasu do operacyi«.

W »Przewodniku« z roku 1912 zwraca v. Oettingen uwagę na to, że »najskuteczniej zwalczamy zakażenie przez operacyę, gdyż inne środki zawodzą, a mianowicie należy operować ile możności w pierwszych 24 godzinach, albowiem operacya późniejsza ma znacznie gorsze rokowanie«. W tem samem dziele znajduje się ustęp: »Na stacyi opatrunkowej niechętnie podejmujemy się operacyi czaszki, gdyż aseptyka niezawsze jest bez zarzutu, a operowany z powodu postrzału czaszki gorzej znosi transport do szpitala, niż nieoperowany«. Również w podręczniku swym »Wytyczne działalności wojenno-chirurgicznej« uważa v. Oettingen[13]) jako »główne niebezpieczeństwo przy postrzale czaszki łatwo występujące zakażenie«, równocześnie jednak zaleca, aby zabiegi operacyjne wykonywano ile możności w szpitalu polowym.

W naszej książce służbowej »N—16«[14]) znajdujemy następujące wskazania do zabiegu chirurgicznego: »a) Strzaskania (Splitterfrakturen), w pierwszym rzędzie często się zdarzające postrzały styczne, b) krwawienia z tętnicy oponowej środkowej«. Przy a) znajduje się następujący ustęp: »Te zabiegi z reguły można odłożyć aż do przybycia rannego do szpitala polowego i tylko wówczas należy je wykonać już na stacyach opatrunkowych, jeżeli nima widoków, by ranny mógł się dostać w pierwszych 24 godzinach do szpitala polowego«.

Jako praktyczny punkt oparcia do ocenienia, czy postrzały styczne należy leczyć chirurgicznie, podaje ta książka służbowa (jak to zresztą podaje i v. Oettingen) stosunek średnicy obydwu otworów postrzału do leżącego między nimi mostka. »Jeżeli mostek jest dłuższy, niż średnica obu otworów, wskazane jest leczenie zachowawcze, jeśli zaś krótszy — chirurgiczne«.

Będąc pod wrażeniem tych zasad, które wpojono w lekarzy wojskowych w czasie pokoju, stosowaliśmy prawie rok cały przy ranach postrzałowych czaszki leczenie zachowawcze, tembardziej, że wyniki były pozornie bardzo zadowalające, co się okazuje z faktu, że z 632 postrzałów czaszki, przybyłych na stacyę opatrunkową w czasie od początku wojny do stycznia 1916, tylko 70 rannych, t. j. 11·08%, zmarło częścią w zakładzie, częścią w drodze do niego.

Skorośmy się jednak po dłuższym czasie dowiedzieli,

1) Eug. Bircher, Bedeutung der Schusswunden. Frauenfeld 1908.
2) W. v. Oettinger, Leitf. der prakt. Kriegschw. 1912.
3) Przegl. lek. 1916 Nr. 1.
4) M. m. W. 1915 Nr. 1.
5) M. m. W. 1915 Nr. 3.
6) M. m. W. 1915 Nr. 16.

7) Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens H. 53.
8) W. m. W. 1915, Militärarzt Nr. 12.
9) Berliner klin. Wochschr. 1914 Nr. 34.
10) M. m. W. 1915 Nr. 5.
11) Beitr. zur klin. Chir. Bd. 91.
12) M. m. W. 1914 Nr. 1.
13) W. v. Oettingen, Richtlinien f. die kriegschir. Tätigkeit auf dem Verbandplatze 1914.
14) N—16, Anleitung f. die kriegschirurgische Tätigkeit auf dem Schlachtfelde 1909 i 1914.

że część tych rannych zmarła jeszcze w drodze do szpitali polowych, a część w tych szpitalach i t. d., skierowaliśmy się — ośmieleni wynikami naszych laparotomii — na drogę chirurgiczną, o ile nie chodziło o przypadki beznadziejne. Żadną miarą jednak nie mogliśmy się stosować do zasady operowania w pierwszych 24 godzinach, gdyż z liczby mniej więcej 20 u nas operowanych przywieziono tylko 2 do zakładu tuż przed upływem 24 godzin, resztę zaś po upływie tego czasu, a niektórych nawet dopiero po kilku dniach. Z tych ostatnich 3 albo 4 umarło, a obdukcya wykazała rozległe zniszczenia mózgu albo też zakażenie, które już istniało w czasie operacyi. Były to zatem przypadki beznadziejne.

Ponieważ opisy dokładnych spostrzeżeń posiadają większą wartość, niż wszelkie daty statystyczne, przeto przytaczamy kilka historyi chorych, operowanych w naszym zakładzie.

1. W. L., zraniony 24. IX. 1915, przywieziony do zakładu 25. IX. Stan obecny: Około 2 cm poza i nieco ponad lewym zewnętrznym otworem przewodu słuchowego rana postrzałowa 1 cm szeroka, 3 cm długa, przebiegająca ukośnie od przodu i góry ku tyłowi i w dół. Z niej sączy się krew, zmieszana z mózgiem. Tuż za tą raną można wyczuć pocisk na kości potylicznej. Chory oszołomiony.

Operacya dnia 25. IX. o godzinie 10 przed południem w uśpieniu chloroformowem. Cięcie przez części miękkie w kierunku rany i poza jej końce. Z tylnego kąta rany części miękkich wyjęto bardzo zniekształcony pocisk, który wykonał obrót 180° około swej osi poprzecznej, tak iż podstawa jego była zwrócona ku tyłogłowiu. Odsłonięto kość czaszki, rozszerzono ubytek kostny około 3 cm długi zapomocą nożyc Luera, oczyszczono wystające części mózgu z odłamków kostnych, założono mały setonik z gazy i zeszyto części miękkie, pozostawiając otwór dla sączka.

Przebieg: W pierwszym dniu ciepłota popoł. 37·5, potem aż do końca stan bezgorączkowy, tętno nie przekracza 78. W drugim dniu po operacyi mowa utrudniona, w piątym dniu już chory mówi wyraźniej, dobry apetyt. Siódmego dnia (30. IX) zmiana opatrunku, rana czysta, H_2O_2, wązniutki pasek gazy. Dalsze zmiany opatrunku 2/10, 5/10 i 7/10. Od 3/10 operowany ma się zupełnie dobrze. 7/10 odwieziono operowanego do szpitala polowego.

2. Oficer rosyjski T. I. Stan obecny: Chory senny. Na guzie potylicznym okrągły ubytek części miękkich o średnicy $2^1/_2$—3 cm. Z rany sączy się krew w małej ilości.

Operacya 26/9 1915 o godz. 2 popoł. w uśpieniu chloroformowem. Poprzeczne cięcie przez części miękkie. Otwór w kości okrągły, o średnicy 12 mm, rozszerzono zapomocą nożyc Luera, usunięto drzazgi kostne z mózgu i z opony twardej i wyjęto pocisk (kulę szrapnelową), który się znajdował około 3 cm na lewo i w dół od otworu rany, tuż na łusce potylicznej. Założono kilka szwów i sączek gazowy.

Przebieg: W pierwszych trzech dniach ciepłota dochodzi do 38·2, w następnych dwóch do 37·7. Piątego dnia zmiana opatrunku. Rana czysta. H_2O_2. Dren z gazy, odtąd przebieg bezgorączkowy. 3/10 operowany ma się bardzo dobrze. 7/10 zmiana opatrunku. Odwieziono chorego do szpitala polowego.

(Dokończenie nastąpi).

Schorzenia narządu słuchu i górnych dróg oddechowych i wpływ ich na zdolność do służby wojskowej.

Na podstawie spostrzeżeń, poczynionych w obecnej wojnie,

podał

Dr Teofil Zalewski
Docent prywatny chorób usznych.

(Dokończenie).

Wedle częstości zachorowania i wedle ważności stoją choroby ucha środkowego dla lekarza wojskowego na pierwszem miejscu.

Obrażenia narządu słuchu mieliśmy sposobność spostrzegać rzadko. Wedle naszej statystyki zdawałoby się, że obrażenia narządu słuchu zachodzą stosunkowo bardzo rzadko. Zdaje mi się jednak, że statystyki szpitalne, szczególnie ze szpitali, znajdujących się dalej od frontu, mają małą wartość. Przypuszczam, iż obrażenia narządu słuchu na polu bitwy są częstsze, niżbyśmy sądzić mogli według materyału szpitalnego, tylko że wskutek jednoczesnego uszkodzenia ważnych narządów wiele kończy się na polu bitwy śmiercią, a do szpitali dostajemy przypadki lżejsze. Zresztą zaprzeczyć się nie da, że ochronione położenie narządu słuchu przyczyniać się może do tego, że narząd ten rzadziej ulega obrażeniu, niż inne, mniej ochronione narządy, n. p. oko.

Także i działanie wielkich dział, zdaje mi się, okazało się w skutkach mniej szkodliwem, niżeśmy przypuszczać byli skłonni.

W naszych przypadkach uszkodzenia zewnętrznych części narządu słuchu uderza przeważająca liczba uszkodzeń po stronie lewej: z sześciu przypadków było pięć razy uszkodzenie po stronie lewej, a tylko raz jeden po stronie prawej.

Z obrażeń małżowiny usznej było w dwóch przypadkach przestrzelenie małżowiny, raz był brak obrąbka ucha w części zstępującej, a w jednym przypadku był brak kawałka małżowiny. We wszystkich czterech przypadkach słuch był dobry, a zniekształcenie małżowiny nieznaczne, tak że chorzy po wyleczeniu byli do służby frontowej zdolni.

W jednym przypadku kula karabinowa utkwiła w przewodzie słuchowym zewnętrznym; kula weszła przed skrawkiem przez przednią ścianę przewodu słuchowego chrząstkowego. Kulę wyjęto przez przewód słuchowy po przecięciu dolnej ściany przewodu usznego chrząstkowego. W przypadku tym było uszkodzone i ucho środkowe, a słuch, czy to wskutek powstałego ropienia ucha środkowego, czy też może wskutek jednoczesnego uszkodzenia błędnika, był bardzo znacznie upośledzony. Ropienie ucha środkowego pomimo długiego leczenia nie okazywało skłonności do wyleczenia; przypadek ten uznaliśmy jako »trudny do wyleczenia«.

W drugim przypadku przewód słuchowy zewnętrzny został przestrzelony; kula weszła w okolicy prawej kości policzkowej, a wyszła z lewej strony przed płatkiem usznym, uszkadzając jednocześnie podniebienie twarde, tak że był w niem ubytek wielkości korony. Przy badaniu stwierdzono zupełne zarośnięcie przewodu słuchowego, przytem słuch był w wysokim stopniu upośledzony. Sądząc z wywiadów, można przypuszczać, że głębsze części narządu słuchu nie były tutaj uszkodzone: ropienia wogóle miało nie być, a upośledzenie słuchu miało się rozwinąć stopniowo. Chorego tego uważam za niezdolnego do służby wojskowej.

W jednym przypadku spostrzegano wrodzony brak zewnętrznego przewodu słuchowego, połączony z niedokształceniem małżowiny usznej; na uchu tem była zupełna głuchota, prawdopodobnie wada rozwojowa dotyczyła i głębszych części ucha. Chorego tego uznano za zdolnego do służby pomocniczej.

W jednym przypadku spostrzegaliśmy przewlekłe ropienie zewnętrznego przewodu słuchowego bez jakiegokolwiek zajęcia głębszych części ucha; pomimo długiego leczenia nie można było ropienia tego doprowadzić do wyleczenia lub choćby tylko poprawy. Wskutek nadzwyczaj obfitej wydzieliny trzeba było przewód uszny dwa razy dziennie wypłukiwać lub na sucho oczyszczać. Takiego chorego można użyć tylko co najwyżej do służby pomocniczej, i to w warunkach, w których istnieje możliwość należytego pielęgnowania ucha.

Poza tymi przypadkami wszyscy inni chorzy ze zmianami w uchu zewnętrznem byli zupełnie zdolni do służby wojskowej. Ze zgłaszających się z cierpieniem ucha zewnętrznego było więc zaledwie około 2% niezdolnych do

żadnej służby wojskowej; taki sam był odsetek zdolnych do służby pomocniczej, a reszta 96% była całkowicie zdolna do służby frontowej.

Z chorób ucha środkowego wszystkie ostre choroby (ostre zapalenia i ropienia, ostre nieżyty i t. p.) leczono zachowawczo lub operacyjnie i wszystkie wyleczono z zachowaniem bystrości słuchu, odpowiadającej całkowitej zdolności do służby wojskowej.

Ciekawe są wyniki, jakie otrzymaliśmy przy leczeniu przewlekłego ropienia ucha środkowego, a to z tego powodu, że chodzi tutaj prawie wyłącznie o stałych chorych szpitalnych, a nie o chorych przychodnich. Pod tym względem statystyka nasza jest może jedyną, która może wykazać się taką liczbą chorych z ropieniem ucha środkowego, leczonych stale w szpitalu. Chorzy nasi znajdowali się w jak najlepszych warunkach do leczenia, statystyka nasza wykazuje więc, co można osiągnąć w odpowiednich warunkach zachowawczem leczeniem w przypadkach przewlekłego ropienia ucha środkowego.

Ze 130 chorych z przewlekłem ropieniem ucha środkowego po stronie prawej w 23 przypadkach los chorych nie jest mi znany: chorzy ci albo zjawili się tylko do badania, lub też w toku leczenia zostali wysłani do dalszych szpitali; 7 przypadków pozostało jeszcze w leczeniu.

Z pozostałych 100 przypadków w 70 osiągnięto zupełne wyleczenie i zupełną zdolność do służby wojskowej, przytem w siedmiu przypadkach także w drugiem uchu były zmiany w postaci pozostałości po przebytem przewlekłem ropieniu ucha środkowego, zmiany nieżytowe, lub ostre zapalenie ucha środkowego.

11 chorych było tylko do służby pomocniczej zdolnych, przytem w 4 przypadkach stwierdzono zmiany i w drugiem uchu.

19 chorych było wogóle do żadnej służby wojskowej niezdolnych, przyczem w 4 przypadkach były zmiany i w drugiem uchu.

Z 138 przypadków z lewostronnem przewlekłem ropieniem ucha środkowego w 32 przypadkach los chorych nie jest mi znany. Jeżeli odliczymy 3 przypadki, które dotyczą robotników wojskowych i 5 przypadków, które pozostały w leczeniu, to pozostaje 98 przypadków leczonych, względnie badanych.

W 71 przypadkach osiągnięto zupełne wyleczenie i całkowitą zdolność do służby wojskowej, z tego w 11 przypadkach były zmiany także i w drugiem uchu.

W 5 przypadkach istniała zdolność tylko do służby pomocniczej, a 23 chorych było wogóle do żadnej służby wojskowej niezdolnych, z tego w 5 przypadkach były zmiany także i w drugiem uchu.

Jeżeli uwzględnimy wszystkie przypadki jednostronnego przewlekłego ropienia ucha środkowego, to w 71% osiągnięto całkowitą zdolność do służby wojskowej, w 9% uzyskano zdolność do służby pomocniczej, a 20% było do żadnej służby wojskowej niezdolnych.

Jak można było się spodziewać, przy obustronnem przewlekłem ropieniu ucha środkowego wyniki są znacznie gorsze, jakkolwiek i tutaj w pewnej liczbie przypadków osiągnięto zupełną zdolność do służby frontowej.

Jeżeli odliczymy 2 przypadki, dotyczące robotników wojskowych i 12 przypadków, których los nie jest mi znany, to pozostaje 61 przypadków, które były w leczeniu. W 21 przypadkach osiągnięto całkowitą zdolność do służby wojskowej, wynosi to mniej więcej $^1/_3$ wszystkich przypadków, 6 chorych, t. j. 10%, było zdolnych do służby pomocniczej, a 34, t. j. około 56%, było do żadnej służby wojskowej niezdolnych.

Czas trwania leczenia przy ropieniu ostrem wynosił średnio 20—25 dni, zaś przy ropieniu przewlekłem 50—60 dni.

Z tego, cośmy wyżej podali, widzimy, że leczenie przewlekłego ropienia ucha środkowego w warunkach odpowiednich daje wyniki co do zdolności do służby wojskowej bardzo dobre; z tego też powodu wskazanem jest, by każdy przypadek przewlekłego ropienia ucha środkowego, gdzie tylko istnieje jaka taka możliwość wyleczenia, poddać odpowiedniemu leczeniu w szpitalach. Rzeczą jest pewną, że wielu z tych wyleczonych po pewnym czasie dostanie się ponownie do szpitala z nawrotem, nie zmienia to jednak postaci rzeczy; musimy takich chorych ponownie wziąć w leczenie i, jeżeli to okaże się możliwem, uczynić ich napowrót zdolnymi do służby wojskowej.

Z 124 przypadków, w których stwierdzono pozostałości po ropieniu ucha środkowego w jednem uchu, w 70 przypadkach drugie ucho nie okazywało zmian, w reszcie przypadków w drugiem uchu były zmiany nieżytowe lub też przewlekłe ropienie ucha środkowego. Z tych 70 chorych z jednostronnemi pozostałościami po przewlekłem ropieniu ucha środkowego 67 chorych było zdolnych do służby frontowej, a trzech do służby pomocniczej.

Przypadki z obustronnemi zmianami po przewlekłem ropieniu ucha środkowego przedstawiają się co do zdolności do służby wojskowej również korzystnie. Z 32 chorych 26 było zdolnych do służby frontowej, 1 był zdolny do służby pomocniczej, a tylko 5 było niezdolnych do żadnej służby w wojsku.

Przypadki z jednostronnemi zmianami po przebytem ropieniu ucha środkowego okazywały więc w 92% zupełną zdolność do służby wojskowej, przypadki zaś z obustronnemi zmianami w 80%.

Przewlekłe zmiany nieżytowe ucha środkowego spostrzegaliśmy stosunkowo rzadko; w 6 przypadkach zmiany były obustronne, w 14 przypadkach zaś jednostronne, z tego jednak w 10 przypadkach w drugiem uchu były także zmiany, tylko innego rodzaju.

Z przypadków z obustronnemi zmianami nieżytowemi 5 chorych miało lub osiągło całkowitą zdolność do służby wojskowej, w jednym przypadku była zdolność tylko do służby pomocniczej.

Z przypadków z jednostronnemi zmianami nieżytowemi 9 chorych miało lub osiągło zupełną zdolność do służby wojskowej, 5 zaś było do żadnej służby w wojsku niezdolnych.

Jeżeli uwzględnimy wszystkie przypadki ze zmianami nieżytowemi w uchu środkowem razem, to mniej więcej 70% chorych miało lub osiągło całkowitą zdolność do służby wojskowej.

Otosklerozę spostrzegaliśmy tylko 5 razy, przytem w jednym przypadku była ona jednostronną i ten chory był do służby frontowej zdolny; 4 zaś chorych miało zmiany w obydwóch uszach i ci chorzy wogóle do żadnej służby w wojsku nie byli zdolni.

Co do zmian w błędniku, to stwierdziliśmy w 12 przypadkach zajęcie błędnika z jednej strony, a w 23 przypadkach z obydwu stron. Z przypadków pierwszych mieli wszyscy chorzy słuch, dostateczny do służby frontowej, z wyjątkiem jednego, który nadawał się jedynie do służby pomocniczej.

Z przypadków z obustronnemi zmianami w błędniku tylko 8, t. j. około 30% chorych, miało słuch, dostateczny do służby frontowej, jeden chory nadawał się do służby pomocniczej, a 20, t. j. około 70%, było do żadnej służby w wojsku niezdolnych, między tymi był jeden przypadek silnego wstrząsu błędnika z nerwicą urazową po wybuchu granatu.

Tak więc z chorych na uszy 11% było niezdolnych do żadnej służby w wojsku, 3% było zdolnych do służby pomocniczej, 26% było bez zmian w narządzie słuchu, 92% miało lub osiągło zupełną zdolność do służby, a w 8% los chorych nie jest mi znany.

Przytoczone dane wskazują na wpływ chorób usznych na zdolność do służby wojskowej, wskazują też jednocześnie, że przy odpowiedniem leczeniu i przy odpowiednich warunkach dużo da się uratować. Dobre wyniki, jakie otrzymaliśmy przy leczeniu spraw ostrych, przypisać należy w znacznej mierze tej okoliczności, że chorzy oddawani

byli możliwie szybko w stałą opiekę szpitalną; także i dodatnie wyniki, jakie otrzymaliśmy przy leczeniu przewlekłego ropienia ucha środkowego, osiągnięto niewątpliwie przez to, że chorzy przebywali stale w szpitalu.

Dane, przez nas przytoczone, wskazują, że zdolność do służby wojskowej spada raptownie przy obustronnem zajęciu narządu słuchu. Pod tym względem najwymowniejsze są dane, odnoszące się do przewlekłego ropienia ucha środkowego i do zajęcia błędnika: przy obustronnem przewlekłem ropieniu ucha środkowego, podobnież i przy obustronnych zmianach w błędniku, zaledwie $^1/_8$ chorych jest lub staje się zdolną do służby frontowej, natomiast przy zmianach jednostronnych w błędniku byli wszyscy zdolni, a przy jednostronnem przewlekłem ropieniu ucha środkowego w 70% stali się zdolnymi do służby frontowej.

Przy leczeniu wojskowych oprócz spraw chorobowych ostrych najwięcej wchodzi w rachubę leczenie przewlekłego ropienia ucha środkowego. Musimy postawić sobie pytanie, czy chory na przewlekłe ropienie ucha środkowego jest zdolny do służby wojskowej, czy też nie. Na pytanie to musimy odpowiedzieć przecząco: przewlekłe ropienie ucha środkowego, jako takie, nie czyni chorego niezdolnym do służby frontowej. Mieliśmy sposobność spostrzegać często żołnierzy ze znacznemi zmianami w uchu środkowem, którzy przez czas dłuższy pełnili służbę na froncie bez jakiegokolwiek widocznego pogorszenia choroby. Widzimy też nieraz, że ludzie z przewlekłem ropieniem ucha środkowego pełnią nieraz służbę cięższą i w gorszych warunkach, niż służba wojskowa. Niemniej jednak ze względu na niebezpieczeństwo, jakie grozić może z powodu pogorszenia się cierpienia, chorzy z przewlekłem niewyleczonem ropieniem ucha środkowego są do służby frontowej niezdolni. Jeżeli ropienie pomimo leczenia ustąpić nie chce, to chorzy ci mogą być użyci do służby pomocniczej, lecz takiej, która im pozwala uszy odpowiednio pielęgnować.

Jeżeli ropienie ucha środkowego jest powikłane ropieniem kości, to wedle mego przekonania chorych takich powinno się uwolnić od wszelkiej służby w wojsku.

Muszę zwrócić jeszcze na jedno uwagę. Przy leczeniu przewlekłego ropienia ucha środkowego spotykamy się nieraz z tem, że pomimo usunięcia ropienia pozostaje w uchu pewna wilgotność; klasyfikowanie podobnych przypadków jako »trudne do wyleczenia« uważam za zbyt ostrożne.

Uważam też za nieodpowiednie i pozbawione podstaw rozpoznawanie »ropienia ucha, trudnego do wyleczenia« na podstawie jednorazowego tylko badania, szczególnie, jeżeli zmiany ograniczają się tylko do części miękkich. Ani obfita wydzielina, ani rozległość zmian w częściach miękkich nie uprawniają do takiego rozpoznania. Wszystkie przypadki przewlekłego ropienia ucha środkowego, w których zmiany ograniczają się do części miękkich, powinno się poddać leczeniu i dopiero, jeżeli leczenie w ciągu 6—8 tygodni pozostanie bez wyniku, mamy prawo mówić o ropieniu »trudno uleczalnem«.

Doświadczenia, zebrane w tej wojnie, posłużą niewątpliwie do zmiany poglądów na zdolność do służby wojskowej i będą niewątpliwie podstawą do zmiany odpowiednich przepisów; sądzę, że i przepisy o bystrości słuchu, koniecznej do służby wojskowej, należałoby może poddać rewizyi. Mojem zdaniem człowiek, głuchy na jedno ucho, przy zupełnie zachowanym słuchu na uchu drugiem, jest co najmniej tak samo do służby wojskowej zdolny, jak człowiek ze słuchem na jednem uchu na 1 metr, a 6 metrów na drugiem. Uwzględnićby też należało gatunek broni zależnie od zmian w narządzie słuchu. Chorzy z postępującemi zmianami w błędniku bezwarunkowo nie nadają się do służby na froncie, choćby posiadali słuch dostateczny; ludzie ci mogą być użyci do takiej służby, któraby wykluczała pogorszenie wskutek nadmiernego działania dźwięku na błędnik. Chorzy ze zmianami w uchu środkowem nadawaliby się więcej do obsługi wielkich dział.

Wspomnieliśmy, że u znacznej liczby badanych nie wykryliśmy żadnych zmian i że przypadki takie częściej zdarzają się między tymi, którzy zgłaszają się z cierpieniem narządu słuchu, niż między zgłaszającymi się z cierpieniem górnych dróg oddechowych. Przypadki te wymagają najdokładniejszego i najostrożniejszego badania. Wykrycie symulacyi jest wogóle niełatwe; tem trudniejsze jest w otyatryi. Podawanie jakichś ogólnych wskazówek i sposobów nie na wiele się przyda, istnieje tylko jeden pewnik i jeden sposób: jaknajdokładniejsze wszechstronne zbadanie narządu słuchu. Na jedno jednak muszę zwrócić uwagę. Mianowicie w wątpliwych przypadkach nie należy spieszyć się z wydawaniem ostatecznego sądu; w wielu przypadkach udało mi się wykryć symulacyę po dłuższej obserwacyi i po kilkakrotnem badaniu. W szczególnie trudnych przypadkach badanie wspólnie z lekarzem chorób nerwowych przyniosło pożądane wyjaśnienie.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr L. Marchlewski: **Podręcznik do badań fizyologiczno-chemicznych.** Metody fizyczne, ogólne chemiczne i analiza moczu. Kraków 1916. Nakładem Akademii Umiejętności.

Książka powyższa jest podręcznikiem dla słuchaczów szkół wyższych i lekarzy. Nie obejmuje ona, jak to zaznacza autor w przedmowie, całokształtu metod badania zagadnień fizyologicznych, lecz tylko najważniejsze metody fizyczne i ogólnochemiczne oraz analizę moczu. Nie przedstawia też ona dzieła, traktującego o istocie procesów chemiczno-fizyologicznych, lecz, jak sam już tytuł wskazuje, jest podręcznikiem, zawierającym wskazówki przy eksperymentowaniu w pracowni. Zadanie to wypełnia książka znakomicie.

W sposób niesłychanie zwięzły a jasny zapoznaje autor czytelnika z klasycznemi metodami badania widmowego (spektroskopii), badania nad skręcaniem światła spolaryzowanego (polarymetryi), badania przewodnictwa elektryczności w roztworach oraz ciśnienia osmotycznego. Na 50 stronach podane są metody zasadnicze z najnowszemi udoskonaleniami, wynalezionemi lub wypróbowanemi w pracowni autora. Te opisy i wskazówki, które trzeba było zbierać i wyławiać z rozmaitych podręczników obcojęzycznych, zebrane zostały w jednym podręczniku i przedstawione z właściwą autorowi jasnością i potoczystością wykładu.

Część analityczną ogólną autor podał w skróceniu, wychodząc ze słusznego założenia, że piśmiennictwo polskie posiada już w tej dziedzinie wyczerpujące podręczniki. Wyczerpująco opracowana jest analiza moczu, przy uwzględnieniu obfitej literatury, zarówno klasycznej, jak i nowszej. Dział ten z natury rzeczy nie może stanowić tak zajmującej lektury, jak część ogólna książki, posiada jednak również wysokie zalety. Jeżeli weźmiemy jako przykład obszerny rozdział o węglowodanach, to znów uderza nas niezwykły dar autora wybrania rzeczy najważniejszych i ułożenia ich w całokształt, dający nam jaśniejsze i dokładniejsze pojęcie o przedmiocie, niż niejeden bardzo obszerny klasyczny podręcznik.

Książka ta stanie się z pewnością nieodzowną w bibliotece każdej polskiej pracowni lekarskiej, a czytelnik, który zapozna się z jej treścią, niecierpliwie oczekiwać będzie na pojawienie się dalszego ciągu dzieła.

Doc. Dr T. Koźniewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXVIII. Posiedzenie naukowe z d. 18. XII. 1915.

Przewodniczy kol. Kucera; protokołuje kol. Szczepański. Obecnych członków 29.

Przewodniczący kol. Kucera podaje do wiadomości członków, że wpłynęło zaproszenie na posiedzenie naukowe lekarzy

wojskowych w d. 22. I. 1916, i że ostatnie posiedzenie Zarządu zastanawiało się nad sprawą, czy zwołać Walne Zgromadzenie i dokonać nowych wyborów, czy prowadzić na razie sprawy Towarzystwa w dawnym zarządzie. Uchwalono na zarządzie poprosić kolegów o zdanie na najbliższem posiedzeniu.

W dyskusyi kol. Pisek sądzi, że obecnie byłyby ogromne trudności w zwołaniu Walnego Zgromadzenia, dlatego wnosi, by uprosić obecny zarząd, by zechciał dalej urzędować. — Wniosek ten w głosowaniu przyjęto.

Porządek dzienny:

I. Kol. Orzechowski przedstawił przypadek **myotonia congenita**. (Ponieważ mówca obiecał na przyszłem posiedzeniu przedstawić jeszcze jeden przypadek myotonii, referat z obu demonstracyi będzie zamieszczony w następnym protokole).

W dyskusyi nikt głosu nie zabierał.

II. 1) Kol. Franke przedstawia chorego, l. 35, żołnierza z oddziału wewnętrznego szpitala garnizonowego we Lwowie, który się zgłosił w połowie grudnia; przed przybyciem do szpitala chorował 3 dni. Przyszedł z obrzękami kończyn dolnych, znaczną ilością białka w moczu, lecz mowca nie z tego powodu przedstawia chorego. Ponieważ u wszystkich chorych w oddziale chorób wewnętrznych z innych powodów przeprowadza się próbę Widala, przeto i u tego chorego badano krew. Odczyn Widala, wykonany w zakładzie prof. Kucery, był dodatni 1:50 i 1:100. Chory miał nie przechodzić duru brzusznego, ani też nie wstrzykiwano mu szczepionek ochronnych. Badanie krwi na żółci wykazało **we krwi prątki durowe, bez żadnych zresztą objawów duru brzusznego.**

Dyskusya. Kol. Kucera: Dawniej często mówiono o durze nerkowym (nephrotyphus), śledzionowym (splenotyphus) (Eiselt) i t. d., jeżeli niektóre narządy przy durze brzusznym już z samego początku choroby były wybitnie zajęte, a równocześnie brak było klasycznych objawów durowych. Jeżeli przychodziło do sekcyi, to zawsze jednak znajdowano zmiany w jelitach, choć nieraz tylko kilka wrzodów. Możliwe więc, że i przypadek przedstawiony przecież będzie przebytym durem brzusznym ze zmianami w nerkach i z wyjątkowo długo utrzymującymi się prątkami we krwi.

2) Kol. Franke przedstawia chorego, który, ranny w płuca, po wyleczeniu pracował w szpitalu jako dozorca chorych, ale praca przychodziła mu z trudnością, przyczem bardzo się męczył. Badanie narządów wewnętrznych wykazuje stare zrosty opłucne i mierne powiększenie śledziony; w moczu zmian niema. Zwraca jednak uwagę sinawoczerwonawe zabarwienie twarzy i dziąseł. Badanie pierwsze wykazało 6,000.000 ciałek czerwonych, hemoglobiny (Sahli) 86. Następne badanie, wykonane po 2 tygodniach, wykazało 9,000.000 ciałek czerwonych, 7.600 ciałek białych, hemoglobiny (Sahli) 108. Parcie krwi 170. Mamy zatem do czynienia z **polycythaemia rubra**, o której z naszych autorów pisał obszernie Rencki. Osler uważa wszystkie przypadki policytemii za gruźlicę śledziony. Czy w przedstawionym przypadku zachodzi jaki związek przyczynowy pomiędzy zranieniem w płucu a policytemią, trudno powiedzieć.

W dyskusyi nikt głosu nie zabiera.

III. Kol. Nelken przedstawia 3 przypadki **czynnościowych zaburzeń chodu.**

1) Rekrut T. B., 39 l. Objawy: kolano przegięte (genu recurvatum) prawostronne, prawie całkowite porażenie całej prawej dolnej kończyny, znieczulenie stopy i goleni aż do kolan z anatomiczną linią graniczną. Brak objawów organicznych, specyalnie brak objawów wiądu rdzenia. Ogólne wychudzenie, wczesne osiwienie, silne pocenie się, drżenie, dermografia. Objawy te powstały w marcu 1915 po potknieciu się i upadku z kilku schodów. Rozpoznanie: histerya urazowa znacznego stopnia.

2) Pisarz wojskowy, J. M., l. 44, cierpi obecnie na zawroty głowy i chód bezładny; chodzi i stoi na szeroko rozstawionych nogach o kiju. Puszczony bez podpory na środku pokoju nie pada, lecz w drobnych podskokach zbliża się do najbliższego mebla. Przesadna reakcya uczuciowa; od 8 lat nerwowy. Rozpoznanie: bezład (ataxia) histeryczny.

3) Rekrut W., l. 21. Całkowita astazya-abazya z zupełnie widoczną świadomą agrawacyą. O ile chodzi, posuwa się wolno boczkiem i nagle pada na ziemię, z upodobaniem rozbijając sobie głowę, pod wpływem prądu faradycznego biega bez żadnych zaburzeń. Ma zwykłe cielesne objawy nerwicowe i niedomogę zastawki dwudzielnej, o której nie wie.

W związku z pokazanymi przypadkami omawia kol. Nelken nikły wpływ sugestyi w przypadkach histeryi u poborowych, oraz trudności w rozgraniczaniu podświadomej symulacyi od świadomej i w ocenie praktycznej tego rodzaju przypadków.

Dyskusya. Kol. Orzechowski tłumaczy zmianę w kończynie dolnej prawej u chorego pierwszego w ten sposób, że u niego istniała wielka wiotkość powięzi; skutkiem urazu i następowego długotrwałego opatrunku ustalającego jeszcze bardziej zwiotczały powięzie i wytworzyło się kolano przegięte (genu recurvatum).

IV. Kol. Hornowski wygłasza wykład: **O zmianach w gruczołach wewnętrznego wydzielania u chorych umysłowo, zmarłych bez widocznej przyczyny.**

Po omówieniu przyczyn śmierci u umysłowo chorych, zmarłych bez widocznej przyczyny, według dzisiejszych poglądów różnych psychiatrów, przedstawia prelegent wyniki swoich badań w 32 przypadkach śmierci u umysłowo chorych, zmarłych bez widocznej przyczyny Prelegent badał w tych przypadkach wszystkie gruczoły wewnętrznego wydzielania. Spostrzegane przez siebie przypadki dzieli prelegent na dwie grupy: 1) chorych zmarłych w podnieceniu, 2) chorych zmarłych bez podniecenia. We wszystkich tych przypadkach znajdował prelegent schorzenie lub niedomogę wrodzoną, albo też nabytą kilku gruczołów wewnętrznego wydzielania. Na pierwszem miejscu stoją schorzenia nadnerczy, potem przysadki, tarczycy, wreszcie i innych gruczołów wewnętrznego wydzielania. U chorych zmarłych w podnieceniu najczęściej znajdował prelegent braki wrodzone lub wyczerpanie układu chromochłonnego, u chorych zmarłych bez stanów podniecenia na ogół wszystkie gruczoły wewnętrznego wydzielania wykazywały oznaki osłabionej czynności. Na tej zasadzie prelegent przypuszcza, iż we wszystkich takich nieobjaśnionych przypadkach bezpośrednią przyczyną śmierci jest niedomoga gruczołów wewnętrznego wydzielania, wskutek której wytwarza się równowaga niestała w ustroju, przyczem najmniejsza przyczyna, wymagająca wzmożonej działalności tych gruczołów, może doprowadzić do ich zupełnego wyczerpania i tem samem do zahamowania szeregu czynności życiowych, co pociąga za sobą śmierć.

Dyskusya: a) Kol. Orzechowski: Zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania mogą być jednak drugorzędne i być następstwem zmian układu nerwowego, bo punkt wyjścia może być w mózgu; nie mamy dotychczas dokładnych metod, któreby nam te zmiany wykazać mogły. To, co twierdzi Reichardt, że obrzęk mózgu jest przyczyną nagłej śmierci, wydaje się mowcy prawdopodobnem. Na dowód, jak niepomiernie szybko mózg może zmienić swoją objętość, mowca podaje 2 przypadki, w których podczas trepanacyi czaszki bezpośrednio widział rażące zwiększenie się, względnie zmniejszenie się mózgu. Wobec tego wydaje się rzeczą zupełnie możliwą, że obrzęku mózgu, który wywołał nagłą śmierć, na sekcyi już stwierdzić się nie da. — b) Kol. Pisek, nie chcąc wcale zmniejszać doniosłości badań Hornowskiego, zwraca jednak uwagę, że łatwo można wziąść zmiany następowe za pierwotne. — c) Kol. Hornowski na zapytanie kol. Nelkena co do podziału klinicznego zmarłych, podaje, że były to wszystko przypadki porażenia postępującego, a zmian w mózgu nie było. — d) Kol. Kucera przytacza jako przykład, jak łatwo mogą ujść uwagi poważne zmiany patologiczne, dwa znane mu przypadki sekcyi sądowych z powodu nagłej śmierci, gdzie pozornie nie było żadnych zmian, a dopiero dodatkowo wykryto zserowacenie nadnerczy. Te grube i dzisiaj nie dające się już przeoczyć zmiany odpowiadałyby zresztą poglądom kol. Hornowskiego. Z drugiej strony prelegent może zanadto podkreślił znaczenie niektórych zmian w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu. Obecność n. p. koloidu, a nawet wybroczyn w tarczycy jest zbyt częstem zjawiskiem, aby módz mu przypisać takie znaczenie, jak to prelegent w jednym ze swoich przypadków podaje. — e) Kol. Hornowski: Jeżeli anatomopatolog pomimo najszczegółowszego badania nie znajduje na sekcyi zmian, któreby mu wytłómaczyły przyczynę śmierci, a z drugiej strony wykazuje zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania u zmarłych bez widocznej przyczyny, ma prawo do tych właśnie widocznych zmian odnosić przyczynę śmierci.

Sekretarz: Z. Szczepański.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 31. I. 1917 posiedzenie, na którem przyjęto do wiadomości, iż prezydyum Towarzystwa wysłało pismo powitalne do I Zjazdu

polskiej medycyny wojennej, poczem prezes Towarzystwa zdał sprawę z konferencyi w sprawie sanitarnego wyodrębnienia Galicyi, odbytych 23. I. w Wiedniu z JE. Ministrem dla Galicyi i JE. Prezesem Koła polskiego przez przedstawicieli obu Izb lekarskich i wszystkich Towarzystw lekarskich. Następnie Dr J. Nowaczyński wygłosił wykład: »O wrzodzie dwunastnicy«. W dyskusyi przemawiali: kol. Herman Hirsch, Glassner, Oszacki i prelegent.

Następne posiedzenie odbędzie się dnia 7. lutego w klinice neurologicznej (ul. Kopernika 48).

— Jak się dowiadujemy, opracowuje prof. Dr Rosner podręcznik ginekologii, a prof. Dr Wachholz nowy podręcznik medycyny sądowej.

— Z urządzonych przez Nowotarskie Koło walki z gruźlicą wykładów popularnych dwa odbyły się w Zakopanem (Dr Dłuski i Dr Kuczewski), dwa w Nowym Targu (Dr Piątkowski i Nowakowski).

Lwów. Wydział lekarski lwowski liczy w bieżącem półroczu 312 słuchaczy.

— W d. 20—22 II. b. r. odbędzie się we Lwowie Zjazd wojskowolekarski armii austryackich.

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrani zostali 2. I. 1917 członkami honorowymi doktorzy: Jan Bieliński, Aleksander Dobrzański, Aleksander Jaworowski (z Lublina), Konstanty Karwowski, August. Kwaśnicki (z Krakowa), Wacław Lasocki (z Nałęczowa), Antoni Michałowski (z Żelechowa), Stanisław Rybicki, Feliks Sommer i Wincenty Szyszło. Sami to najzasłużeńsi pracownicy, którzy w najgorszych czasach utrzymali niejedną placówkę narodową; wielu z nich było uczestnikami powstania 1863 r.

— Towarzystwo higieniczne wydało »Wstęp do projektu prawa o ochronie zdrowia publicznego w Polsce«, opracowany przez Dr Polaka.

— Komitet, organizujący pierwszy Zjazd, poświęcony polskiej medycynie wojskowej, wybrał przewodniczącym dziekana Wydziału lekarskiego prof. Dr Leona Kryńskiego, wiceprezesami Dr Ciechomskiego i Dr Radziwiłłowicza; sekretaryat generalny objął Dr Leon Wernic. Do komitetu wchodzą: Zarząd Polskiego Towarzystwa medycyny społecznej, Dr Wacław Męczkowski; delegaci: Wydziału lekarskiego prof. Edward Loth i Konopacki, Stowarzyszenia lekarzy Dr: A. Żurakowski, Koelichen i Borzymowski, Towarzystwa higienicznego Dr: Cerlowicz, Karwacki i Ruppert oraz Dr Przemysław Rudzki i przedstawiciel Warszawskiego Towarzystwa opieki nad inwalidami Dr Łuczyński.

Oprócz poprzednio podanych (ob. Nr 4 »Przeglądu lekarskiego« str. 36) zgłoszono na I Zjazd polskiej medycyny wojennej następujące wykłady: 1) O współczesnych potrzebach lekarskich armii polskiej, ref. prof. Loth i Dr E. Bobrowski. 2) Pokaz zarazków tyfusu plamistego — Dr Leon Karwacki. 3) Kilka uwag o leczeniu ran postrzałowych czaszki, w polu — Dr A. Domasiewicz. 4) Pokaz preparatów anatomicznych ran postrzałowych — prof. Dr Kryński. 5) Rany postrzałowe klatki piersiowej i płuc — Dr Fr. Kijewski. 6) O wskazaniach operacyjnych w postrzałach brzucha — Dr Borzymowski. 7) O znieczulaniu przez odbytnicę — Dr Kijewski. 8) Etyologia, patogeneza i leczenie niechirurgiczne gangreny gazowej — Dr L. Karwacki. 9) Pokaz nowej metody wyjaławiania wody i mleka — Dr T. Heryng. 10) Pokaz rentgenograficzny w sprawie działania pocisków i lokalizacyi ich w ciele ludzkiem — Dr Grudziński. 11) Choroby oczu na wojnie — Dr Z. Kramsztyk.

Z różnych stron. W drugim zeszycie kijowskiego »Polskiego Miesięcznika lekarskiego« (z listopada 1916) oprócz prac oryginalnych, które wymieniamy w zwykłej rubryce, znajduje się obfity dział sprawozdawczy (w nim m. i. zajmujące szczegóły o organizacyi lekarskiej w wojsku francuskiem), dalej sprawozdanie z posiedzeń Polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie (z kwietnia i października 1915), w kronice zaś kilka wiadomości o działalności lekarzy polskich po tamtej stronie pola

walk. I tak: Polski Komitet pomocy sanitarnej działał w 11 miejscowościach, porad ambulatoryjnych w ostatnim kwartale 1916 udzielił 8.582, porad w mieszkaniach 2.646, dni szpitalnych 15.172; naczelnym lekarzem jest Dr Leon Pękosławski. Dr Adam Modrzewski z Kijowa został konsultantem szpitala, utrzymywanego kosztem polskim dla Polaków przy kijowskim Komitecie gubernialnym Związku ziemstw. Na kursach Polskiego Komitetu pomocy sanitarnej kształciło się w pielęgnowaniu chorych 105 Polek. Dowiadujemy się też z kroniki o istnieniu komitetu p. n. »Wielka Brytania — Polsce i Galicyi«, utworzonego w r. 1914 za staraniem ks. Bariatyńskiej, który w r. 1915/16 wydał $1^1/_2$ miliona porcyi pożywienia kosztem 228.000 rb. i utworzył stypendyum dla Polek, słuchaczek żeńskiego Instytutu lekarskiego w Petrogradzie. Czy w pracy tego komitetu uczestniczą Polacy, niewiadomo.

— W tegorocznym Nr 3 »Deutsche medizinische Wochenschrift« znajduje się w odcinku artykuł Dr Kassla z Poznania p. t. »Polska w historyi medycyny«. Ukazanie się jego jest znamieniem chwili... Autor zaczyna od stwierdzenia, że »niewątpliwie istnieje wysoka kultura polska, nie zagrzebana w muzeach, ale żywa«. W tym względzie wiele, zdaniem autora, zmienił ciąg wieków; szczególnie zaś ubogo przedstawiała się dawna polska medycyna. Bo też autor poza Miechowitą, Strusiem, Chrościewskim i Wojciechem Poznańczykiem nie zna innych starych lekarzy polskich. »Dla zupełności« przytacza jeszcze tylko Petrycego, zwąc go Patriciusem i »cudzoziemcem, urodzonym w Pilznie« (widocznie myśli autor o Pilznie czeskiem). Zakończenie artykułu jest zaś następujące: »Sprawa lekarzy na kresach wschodnich (Ostmark) jest ważną częścią zagadnienia kresowego, bo lekarz, jak każdy absolwent uniwersytetu, obejmuje tu rolę narodowopolitycznego szermierza i krzewiciela kultury. Według tego zastosował rząd pruski swe postępowanie. Nie tu miejsce sądzić, czy było ono dobre. Możemy jednak jedno powiedzieć bez wahania: dzisiejszy lekarz polski jest wprost przeciwieństwem swych poprzedników w dawnej Polsce. Jest on czynnikiem kultury, wysoko stojącym umysłowo i obyczajowo, a bierze jak najgorliwiej udział we wszystkich tych korzyściach kulturalnego wykształcenia, które mu zapewniają nowe rządy«.

Godziłoby się wiadomości o dawnej polskiej medycynie, podane przez Dr Kassla, sprostować.

Mianowani: dyrektorem Instytutu terapii eksperymentalnej we Frankfurcie (na miejsce zmarłego prof. Ehrlicha) prof. Kolle z Berna.

Zmarli: Dr Stanisław Krasowski, dyrektor szpitala w Stanisławowie, wybitny chirurg, prawy i zacny człowiek, padł ofiarą duru osutkowego, Dr Adam Bauerertz, były współredaktor »Kroniki lekarskiej«, w Warszawie w 71. r. ż.

Redakcya otrzymała: Bronowski: Kilka myśli o walce ustroju ludzkiego z czynnikami zakaźnymi ze szczególnem uwzględnieniem roli w tej walce układu chłonnego. (Gaz. lek. 1916).— M. Bornstein: O odrębnym typie rozszczepienia psychicznego (schizothymia reactiva). Warszawa 1916. (Z zapomogi kasy im. Mianowskiego). Stron 85. — Machek: An operation for ptosis with the formation of a fold in the upper lid. (Arch. of ophthalmology, New York 1915).

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1917.

Gazeta lekarska Nr 1—4.: Pruszyński: Słowo wstępne. — Czubalski: Wyciągi z narządów, a wydzielanie wewnętrzne (1).— Jonscher: Hydroplazma w puchlinie głodowej w porównaniu z innymi stanami chorobnymi (2—3). — Żółtowski: Epidemia duru plamistego w kutnowskiem (2). — Bartkiewicz: Uwagi nad leczeniem chirurgicznem przepuklin (3). — Popiel: Organoterapia mięśniaków macicy (4—5). — Moniuszko: Jeszcze kilka słów o usypianiu zapomocą wlewania eteru z oliwą do kiszki prostej (4).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 1—3.: Orłowski: W sprawie t. zw. anozognozyi (1—2). — Stabholz i Kaczyński: Przyczynek do kazuistyki wstecznego uwięźnienia jelit (1). — Srebrny: O krwiopluciu (2—3). — Brenneisen: Leczenie przetok dziąsłowych i ropni okołowierzchołkowych (3—4).

Polski Miesięcznik lekarski (Kijów). Nr 2.: (Listopad 1916). Leszczyński: Rozważania z zakresu nauki o kile: II. Zasady nowoczesnego leczenia kiły. — Zieliński Edward: Hipnoza bojowa. — Pacewicz: Odczyn aglutynacyjny przy szczepieniach ochronnych duru brzusznego.

Kronika dentystyczna Zesz. 1.: Grohn: Przekrwienie zastoinowe i zasady stosowania tegoż w dentystyce.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 7. lutego** 1917 o godzinie 6 wieczór **w klinice neurologicznej.** Na porządku dziennym: 1) Prof. Latkowski: Demonstracya chorych. — 2) Wykład prof. Piltza: O nerwicach wojennych i ich leczeniu na podstawie własnych spostrzeżeń (z demonstracyą kinematograficzną i z przedstawieniem chorych).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Nr 6. Kraków, 10. lutego 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują **w Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVI. Kraków, 10. lutego 1917. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Udział lekarzy naszych XIX stulecia w odrodzeniu Polski.

(Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem 29. listopada 1916).

Napisał

Prof. Dr Adam Wrzosek.

Męczennicą narodów była Polska w XIX stuleciu. Jak długa i szeroka ojczyzna nasza, nie było w niej ani jednego zakątka, w którymby Polak przez wiek cały mógł głośno przyznawać się do swych ideałów; nie było piędzi ziemi naszej, na którejby przemoc ciemiężyciela nie starała się wykorzenić życia polskiego.

Ciężką pokutę przechodziła Polska. Walka była trudna. Aby wytrwać, aby nie upaść, trzeba było wszystkie siły wytężać. A gdy zdawało się, że brzemię nieszczęść przerasta siły znękanego narodu, zjawiała się jutrzenka lepszej przyszłości, która pokrzepiała strapionych, wlewając w nich otuchę, wiarę w sprawiedliwość dziejową i niezłomne postanowienie wytrwania w walce z okrutnym nieraz losem.

Gdy po rozbiorach Polski w zaborach austryackim i pruskim życie nasze narodowe przytłumione zostało, promieniała polskość w Wilnie, Krzemieńcu i Warszawie, rzucając snopy dobroczynnego światła na wszystkie Polski dzielnice i budząc do życia narodowego tych, którym się zdawać zaczynało, że gwiazda Polski zgasła zupełnie. Adam Czartoryski, Jan i Jędrzej Śniadeccy, Kołłątaj, Czacki, Stanisław Potocki, Staszic i mnogie szeregi ich współpracowników »przed narodem niosą oświaty kaganiec«. Nagle grom spada. Powstanie listopadowe; wojna z Rosyą; przegrana nasza; w Kongresowem Królestwie bezwzględne a wrogie Polakom rządy Paskiewicza.

Nie mniej ciężki był wówczas los Polaków pod zaborem austryackim, osobliwie w czasach, w których na czele rządu wiedeńskiego stał książe Metternich.

W tym okresie czasu — od powstania listopadowego aż do roku 1861 — może najznośniej było Polakom pod zaborem pruskim.

Rok 1861 pamiętny jest w naszych dziejach porozbiorowych. W roku tym został zwołany po raz pierwszy Sejm galicyjski we Lwowie, a w Warszawie została przywrócona Komisya rządowa wyznań religijnych i oświecenia publicznego z Aleksandrem Wielopolskim na czele. Galicya coraz bujniej zaczyna się rozwijać pod względem narodowym. Po chybionej próbie germanizacyi Uniwersytetu Jagiellońskiego, język polski jako wykładowy odzyskuje swe prawa w tej najstarszej wszechnicy naszej. Walka, która od rozbiorów Polski trwała między społeczeństwem polskiem a rządem austryackim, zwolna ustaje. Następuje ugoda. Przynosi ona zarówno Austryi, jak i Polakom, błogosławione owoce. Polacy wykazują, że mogą być nieposplitą siłą twórczą, państwu rzetelne usługi oddającą. Znikają dawne uprzedzenia między Polakami a rządem wiedeńskim, nastają czasy, zgoła niepodobne do niedawno minionych. Galicya w ostatnich pięćdziesięciu latach staje się częścią Polski, w której odrodzenie narodowe rozkwita i wywiera ożywczy wpływ na inne zabory.

W Kongresówce w przełomowym roku 1861 zaczęło również silnie tętnić życie polskie. Rozpoczęły się daleko sięgające reformy Wielopolskiego, tego niepospolitego męża, mądrego, energicznego, lecz w życiu publicznem szczęścia nie mającego. Powstała Szkoła Główna, która świetnie zapisała się w dziejach wyższych uczelni w Polsce. Niestety okres reform w Kongresówce trwa bardzo krótko. Po rozgromieniu powstania styczniowego następuje ucisk srogi i gwałtowna rusyfikacya. Na Litwie i w Kongresówce mściwie rządzą, uciskają i znęcają się nad ludnością tacy ludzie, jak Murawiew-Wieszatiel, Hurko, Apuchtin i im podobni.

W zaborze pruskim również ciężką stała się dola Polaków, zwłaszcza, gdy ster rządu ujął w swe żelazne ręce Bismarck.

Trudno pojąć, skąd tyle nienawiści było do bezbronnych i wolności pozbawionych Polaków u ich potężnych ciemiężycieli. A jednak naród polski nie zmarniał, lecz przetrwał wszystkie klęski, które go nawiedziły w XIX stuleciu i doczekał się 5 listopada 1916 roku. W dniu tym ci, co wiele smutnych i gorzkich czasów w Polsce przeżyli, mimowoli zadawali sobie trwożnie pytanie: sen li to, czy jawa?

Naród nasz przetrwał srogie burze i nawałnice; stoi on niewzruszenie na ziemi, krwią i potem praojców zroszonej; stoi, jak dąb potężny, który zapuścił głęboko korzenie w ziemi karmicielce.

Jeżeli porównamy stan naszego społeczeństwa w połowie XVIII stulecia z obecnym jego stanem, to z radością stwierdzić musimy, żeśmy nie znikczemnieli, lecz owszem odrodzili się duchowo. Tkwią w narodzie naszym siły niespożyte, które nie tylko uchroniły go przed upadkiem i zupełnym pogromem, lecz pozwoliły mu odrodzić się, mimo trudności niesłychanych. A temi siłami życiodajnemi są: po pierwsze, szczytne ideały, przekazane nam przez Wielkich w narodzie; po wtóre, duch inicyatywy i dar organizatorski, który przejawiał się zawsze, skoro tylko ucisk narodowy cokolwiek zelżał; po trzecie, ofiarność w najszerszem tego słowa znaczeniu, a więc praca bezinteresowna, wytrwałość w dążeniach narodowych, pomimo wielorakich prześladowań, oraz solidarność społeczna.

A teraz, przebiegając myślą dzieje naszego odrodzenia w XIX stuleciu, zobaczmy, jaka rola w tem przypada lekarzom polskim.

Jeden z najlepszych synów Polski, — ten, o którym Krasiński wyrzekł, że był »najzacniejszym i najprawszym człowiekiem i Polakiem bez skazy« — Karol Marcinkowski, jest wśród lekarzy polskich najpiękniejszą postacią. Gdy naród zerwał się w r. 1830 do broni, aby walczyć za wolność, Marcinkowski, wysoko ceniony już wówczas lekarz, śpieszy do szeregów powstańczych. Mieszczanin z pochodzenia, a rycerz niezłomny z ducha, staje w szeregach wojska polskiego jako prosty ułan w szwadronie jazdy poznańskiej. W bitwie pod Grochowem już jako podporucznik zostaje za waleczność ozdobiony złotym krzyżem virtuti militari. Pełni potem obowiązki lekarza wojskowego. Zostaje wreszcie naczelnikiem sztabu w korpusie jenerała Chłapowskiego. Po upadku powstania opuszcza kraj i udaje się na tułaczkę zagranicę. W czasie pobytu w Paryżu za uwagi o cholerze i wskazówki do jej zwalczania otrzymuje od Akademii nauk złoty medal. Tysiąc franków, uzyskanych za ten medal, złożył, lubo sam był w niedostatku, do kasy emigracyjnego Towarzystwa pomocy naukowej, z zastrzeżeniem, aby zapomogi z tego funduszu otrzymywali uczniowie medycyny. W r. 1834 wraca do kraju, lecz zostaje uwięziony jako polityczny przestępca i osadzony w więzieniu Berlińskiem, z którego wyniósł

zdrowie bardzo nadszarpane. Opuściwszy więzienie, przyjeżdża do Poznania w r. 1835 i rozwija tam nader doniosłą działalność, jako niezwykły inicyator i wielki ludności ubogiej dobroczyńca. Wielkopolska zawdzięcza mu wyłącznie lub w znacznej mierze powstanie takich arcypożytecznych instytucyi, jakiemi są: »Bazar Poznański«, »Towarzystwo pomocy naukowej« i »Towarzystwo ku wspieraniu ubogich i biednych w Poznaniu«. Starał się on również o założenie w stolicy Wielkopolski wszechnicy. Atoli ówczesne stosunki polityczne stanęły na przeszkodzie do urzeczywistnienia tej myśli, gorąco popieranej także przez jenerała Chłapowskiego i innych patryotów.

Na kilka lat przed końcem swego krótkiego żywota, Marcinkowski, pełen głębokiej wiary w swój naród, napisał do przyjaciół list, w którym wyłuszcza swoje ideały i daje wskazania, jak dążyć do ich osiągnięcia. Nie godzi się pominąć tych serdecznych wynurzeń, tak pięknie odzwierciedlających wielką duszę ich autora. »Boże daj, — pisze Marcinkowski — bym zupełnie potrafił zapomnieć o sobie: bym wyrzeczeniem się samego siebie doszedł do owej doskonałości, jakiej Zbawiciel świata po zwolennikach swojej nauki wymagał. Boże daj, by mi chęć pełnienia moich powinności nigdy nie zastygła, abym do końca mego życia wytrwał gorliwie w miłości bliźniego: by mi ciągłą podnietą mego działania było to zaspokojenie duszy, żem nie zszedł z toru prawego człowieka. Boże daj, aby pomiędzy nami na silnej podstawie miłości bliźniego wzrosło w biegu dla ludzkości owoce płodne drzewo równości bratniej. Bóg nas stworzył bez różnicy: jednostajnem wszystkich znamieniem dał piętno obrazu i podobieństwa swego — to jest godność człowieka. Bracia! tę godność w sobie wywołać, tę godność uszlachetnić — oto jest droga, na której do osiągnienia ulepszeń dążyć powinniśmy. Oświata i praca, użyteczne towarzystwu ludzkiemu, oto są środki do utorowania potrzebnego gościńca. Zachęcajmy siebie wzajemnie, działajmy na drugich, na młodszych, na mniej szczęśliwych od nas Braci, azeby przyszłe pokolenie do szczęśliwszej przyszłości przysposobić, azeby w nich ugruntować tę godność człowieka, bez której wszystkie zabiegi zginą, jak płonne marzenia«[1]).

Takie wskazania dał swemu społeczeństwu ten, który położył niespożyte zasługi około odrodzenia narodowego swoich ziomków.

Inicyatywą i zdolnościami organizatorskiemi w życiu społecznem odznaczał się długi szereg naszych lekarzy w XIX stuleciu. Nie sposób o każdym z nich choćby krótką wzmiankę uczynić. Wspomnę tylko o tych, którzy największe zasługi w tym względzie położyli. Pominę natomiast wielu dzielnych organizatorów katedr uniwersyteckich; wielu zasłużonych założycieli towarzystw naukowych, lecznic, uzdrowisk ludowych, zakładów kąpielowych; wielu wytrwałych przodowników na niwie czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego; pominę wszystkich, których działalność nie została jeszcze zupełnie zamknięta, a ograniczę się wyłącznie do wyliczenia najzasłużeńszych lekarzy-organizatorów.

Jako przykład tego, co może zdziałać dobra wola, zdolności organizatorskie i zapał bezinteresowny, świadczą bardzo wymownie dzieje założenia pierwszej wyższej uczelni lekarskiej w Warszawie w r. 1809, za czasów Księstwa Warszawskiego. Oto wybitni ówcześni lekarze warszawscy: Józef Czekierski, Jacek Dziarkowski, August Wolff, Franciszek Brandt i farmaceuta Józef Celiński, dowiedziawszy się, że rząd nosi się z zamiarem założenia wyższej szkoły lekarskiej w Warszawie, ofiarowali się zająć się jej urządzeniem i wykładać w niej bezpłatnie, aby tylko umożliwić jak najrychlejsze jej otwarcie. Organizatorowie ci tak świetnie wywiązali się ze swego zadania, że już 15 listopada 1809 roku została Akademia lekarska uroczyście otwartą. Przetrwała ona do założenia Uniwersytetu Warszawskiego, w którego skład weszła potem jako jego Wydział lekarski. Profesorowie Akademii uważali za swoją powinność nie tylko wykładać, lecz również dostarczyć swoim słuchaczom podręczników lekarskich polskich, których wówczas nie było wcale. Zapał grona profesorskiego był tak wielki, że w ciągu kilku lat wydali podręczniki wykładanych przez siebie przedmiotów, bądź napisane oryginalnie, bądź przez siebie na język polski przełożone. Brandt wydał pięciotomową anatomię; Dziarkowski podręcznik fizyologii, a nadto przełożył na język polski »Patologię i semiotykę« Heckera; Freyer napisał »Materyę medyczną czyli naukę o sposobie skutkowania środków lekarskich«; Wolff — podręcznik chirurgii; Celiński — podręcznik farmacyi[2]).

W dziejach naszych wydziałów lekarskich niema drugiego przykładu, aby profesorowie rozwinęli w kilkoletnim okresie tak obfitą działalność nauczycielską, jak założyciele Akademii lekarskiej w Warszawie.

Do rzędu niepospolitych organizatorów u nas w drugiej połowie XIX stulecia należy zaliczyć Józefa Mianowskiego, którego zasługi, jako nieocenionego rektora Szkoły Głównej Warszawskiej, powszechnie są znane. Ten niegdyś uczeń Wszechnicy Wileńskiej, później długoletni asystent Jędrzeja Śniadeckiego i profesor wileński, wywiązał się wprost świetnie ze swego zadania, i to w nader trudnych warunkach. Wdzięczni współpracownicy jego uczcili pamięć swego niegdyś przełożonego w sposób bardzo szczęśliwy. Na wieść o śmierci Mianowskiego profesorowie byłej Szkoły Głównej zebrali się w mieszkaniu Chałubińskiego i założyli Kasę pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia zasłużonego rektora Szkoły Głównej. Pierwszym przewodniczącym tej o doniosłem znaczeniu instytucyi, która dotychczas nie tylko istnieje, lecz coraz lepiej się rozwija, był jej współzałożyciel — Chałubiński. Po zrusyfikowaniu Szkoły Głównej Kasa imienia Mianowskiego była przez długie lata jedyną w Warszawie placówką, która walnie przyczyniała się do podtrzymywania poważnego ruchu naukowego w stolicy Polski. Zaiste jest to pomnik, godny rektora i profesorów Szkoły Głównej.

Nie mniejszym darem organizatorskim od Mianowskiego obdarzony był Tytus Chałubiński, lekarz, najbardziej w Polsce utalentowany, umysł niezwykle głęboki. Człowiek ten należał do najpracowitszych u nas ludzi. Może on służyć na poparcie twierdzenia, że wielkość prawdziwa idzie zwykle w parze z niezwykłą pracowitością. Wtedy, gdy w Warszawie nie było prawie wcale ruchu naukowego, Chałubiński zakłada około r. 1850 w swojem prywatnem mieszkaniu pracownię chemiczną, w której skupia młodych przyrodników warszawskich. Odbywają się się tam posiedzenia grona ludzi, zapalonych do nauki. Duszą zebrań był Chałubiński, który, lubo miał bardzo rozległą praktykę lekarską, znajdował jednak nie mało czasu i na pracę naukową. Stałymi uczestnikami tych zebrań byli późniejsi profesorowie Akademii medyko-chirurgicznej warszawskiej i Szkoły Głównej: Aleksandrowicz, Leśniewski, Jurkiewicz i Prazmowski. Z nimi kolegował Chałubiński i później, gdy zajmował katedrę kliniki lekarskiej w Akademii medyko-chirurgicznej i w Szkole Głównej. Jako profesor zasłynął Chałubiński niezrównanym talentem dydaktycznym. Młodzież darzyła go prawdziwą miłością i otaczała serdeczną czcią.

Gdy rząd rosyjski po przekształceniu polskiej Szkoły Głównej na rosyjski uniwersytet usunął Chałubińskiego z katedry nie przerwał on całkowicie swojej działalności nauczycielskiej. Nie mogąc już nauczać żywem słowem z katedry, zaczął drukować swe wyborne rozprawy lekarskie, mając na względzie przedewszystkiem studentów medycyny i lekarzy, dopiero rozpoczynających swój zawód. W tym również czasie, będąc już przymusowym emerytem, poświęcił dużo sił i włożył wiele inicyatywy w rozwój Zakopanego. Jego staraniem powstaje Towarzystwo Tatrzańskie i Stacya klimatyczna, z jego inicyatywy powstała szkoła przemysłu drzewnego i szkoła koronkarska. Co Chałubiński zamierzył uczynić, to rychło w czyn wprowadzał. »Za pracę tę płaciło mu społeczeństwo sowicie — pisze przyjaciel jego, Prof. Baranowski.—Był powszechnie ceniony, szanowany i kochany. Powiedzieć też o nim można, że był człowiekiem szczęśliwym. Każda podjęta przez niego praca zyskiwała sobie poparcie i uznanie, każda dawała owoc, który dojrzewał pod jego okiem«[3]). Atoli ten szczęśliwy człowiek dużo zaznał w życiu goryczy, a mimo to zapału do pracy nie stracił. Sam pracował za wielu, za groszem nie gonił, bliźnim wiele dobrego czynił. »Przy ogromnej swej praktyce Chałubiński nie zrobił majątku — pisze o nim we wspomnieniu pośmiertnem kolega jego z ławy uniwersyteckiej, Ludwik Natanson. — Od biednych nie przyjmował, nie narażając ich na upokorzenie, tak, że zdawało się, iż mu łaskę robią, przyjmując jego rady; rozdawał szeroką dłonią swoim i nie swoim, a dla celów społecznych był zawsze szczodrym. O wszystkich pamiętał, tylko nie o sobie«[4]). W nadmiernej pracy siły Chałubińskiego zaczęły się wyczerpywać. W liście z r. 1868, pisanym z zagranicy do przyjaciela swego Aleksandra Balickiego, wyraża obawę, czy po powrocie do Warszawy podoła tak pracować, jak tego odeń wymagają. »Powiedz mi, mój drogi, — pisze Chałubiński w liście rzeczonym — co to będzie, jeśli, wróciwszy, nie będę mógł pracować, jak dawniej. Łatwo bo to mówić: ogranicz się w pracy. Ty

[1]) Dr J. Zielewicz: Żywot i zasługi Doktora Karola Marcinkowskiego. Poznań 1891, str. 61.

[2]) Józef Bieliński: Pierwsza Akademia lekarska w Warszawie. Odbitka z »Nowin lekarskich«. Poznań 1906.

[3]) Ignacy Baranowski: Tytus Chałubiński. Warszawa 1907.

[4]) Dr Ludwik Natanson: Tytus Chałubiński. Wszechświat 1889. Nr 46.

najlepiej wiesz, że gdybym się oganiał nie wiem jak, to nic nie pomoże... Już ja to nieraz mówiłem, że kiedy mię będą wieźć na Powązki, to jeszcze zapewne wypadnie mi po drodze choć parę wizyt zrobić, zanim mię ziemią przysypią. Ja się temu nie dziwię, że kiedy ludzie widzą, że mogę choć do jednego chorego iść, każdy chce być tym jednym, bo każdego boli swoje więcej, niż cudze...« [5]). Jakże wymowne są te proste słowa wielkiego lekarza i zacnego człowieka! Chałubiński był szczęśliwy, bo dla człowieka, ojczyznę i bliźnich miłującego, tylko szlachetna praca szczęście przynieść może, choćby praca bez wytchnienia. Z niej tryska radość życia, w niej źródło szczęścia.

(Dokończenie nastąpi).

Udział lekarzy w wojnie narodowej 1863—64 r.

napisał

Dr August Kwaśnicki.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 29. XI. 1916).

Całkowitej historyi powstania 1863 r. do tej pory niema. Jeśli wśród nowych warunków życia polskiego nie wyjdą na światło dzienne dotychczas ukrywane archiwa, których samo istnienie jest wątpliwe, pełnej historyi tej epoki może nigdy nie być, a tylko pojedyncze przyczynki, których do tej pory wyszło tomów pięć. Wojsko powstańcze składało się z pojedynczych oddziałów, formowanych nie podług ustalonego systemu, lecz indywidualnie przez naczelnika oddziału, z uwzględnieniem okoliczności miejscowych. Z tego powodu już wynika, że i działalność wojenna powstania 1863 r. nie może być czem innem, jak zbiorem pojedynczych sprawozdań, a z tych epizodów może kiedyś w przyszłości drogą syntezy powstanie jednolite dzieło.

Udział lekarzy w powstaniu styczniowem był trojakiej natury: czynni byli jako lekarze-chirurdzy na polu walki i po szpitalach, jako organizatorowie powstania i jako wodzowie oddziałów.

Nastrój ducha lekarzy polskich w owej epoce był wysoko patryotyczny, wpływ na społeczeństwo wielki, a działanie wybitne. Przykładem wielkiego wpływu, jaki miał ś. p. prof. Chałubiński na mieszkańców Warszawy, było wydarzenie 8. kwietnia 1861 roku, kiedy po rozwiazaniu Towarzystwa Rolniczego, jedynego organu zbiorowej działalności, ludność stolicy dla zaznaczenia protestu wystąpiła tłumnie na ulice Warszawy. Namiestnik Gorczakow wezwał wojsko, które salwami do zbitego tłumu kładło szeregi trupów. Chcąc zapobiedz dalszemu rozlewowi krwi, Chałubiński udał się do naczelnika rządu cywilnego, margrabiego Wielopolskiego, wzywając go, ażeby użył swego wpływu na namiestnika dla zaprzestania mordu. Wielopolski dla swej pychy i życia poza społeczeństwem nigdy nie miał miru w Warszawie, a po rozwiązaniu Towarzystwa Rolniczego, które nastąpiło na jego żądanie, stał się znienawidzonym. Nic więc dziwnego, że obawiając się gniewu ludu, zwlekał z zadośćuczynieniem wezwaniu Chałubińskiego; rozumiejąc to wahanie, wskoczył Chałubiński na kozioł powozu Wielopolskiego, jako tarcza bezpieczeństwa dla margrabiego, który swobodnie dojechał do Zamku, gdyż sama obecność Chałubińskiego wystarczała ludowi, że to, co ten szanowny człowiek osłania, należy uszanować.

Każdy oddział powstańczy miał jednego lub więcej lekarzy, pochodzących najczęściej z tej okolicy, w której oddział się sformował. Oddziały, które powstawały bliżej Warszawy, dostawały lekarzy według wskazówek prof. Girsztowta, którego zapewne pomysłu było instrumentaryum, doręczane lekarzom obozowym, a złożone z dziesiątka nader pierwotnych narzędzi w skórzanej torebce. Oddziały powstańcze już z natury wojny partyzanckiej nie posiadały żadnego taboru, a działalność na pobojowisku ograniczała się do opatrunku pierwszej linii bojowej, poczem, o ile plac boju pozostał przy powstańcach, rozmieszczano ranionych potajemnie we wsiach okolicznych, a bliżej granicy w szpitalach, bądź okolicznościowych, jak n. p. w Oleszycach, bądź w stałych: w Rzeszowie, Tarnowie, Krakowie, Krzeszowicach i t. d. Natomiast, jeśli zwyciężył nieprzyjaciel, a powstańcy nie mogli unieść ranionych, położenie stawało się tragiczne: rząd rosyjski nie udzielił powstańcom praw strony wojującej, a tem samem pozbawił ich ochronnych ustaw międzynarodowych, zastrzeżonych dla ranionych i poddających się: od każdorazowego komendanta rosyjskiego zależało, czy ranionych podobijać, czy wziąć do niewoli. Bywało i tak, i tak. W jednym z oddziałów Traugutа w bitwie pod Kołodnem wszystkich ranionych dobito, a jednocześnie zamordowano wszystkich trzech lekarzy, z których tylko jedno nazwisko podać mogę, Dr Domanowskiego z Pińszczyzny. Do lekarzy warszawskich, którzy udzielali pomocy chirurgicznej ranionym, bądź w Warszawie, bądź na prowincyi, należeli: prof. Le Brun, Dr Wład. Stankiewicz i Dr Jan Kwaśnicki. W Krakowie czynni byli prof. Bryk, prof. Gilewski; w Krzeszowicach Dr Oszacki; w Oleszycach lekarze lwowscy: Dr Krzeczunowicz i Dr Noskiewicz; w Klimontowie Dr Jan Biesiadecki; w Izbicy Dr Adam Chałupczyński; w Staszowie Dr Władysław Roth. Z lekarzy krakowskich Dr Wołek i Szewczyk pełnili służbę obozową; późniejszy profesor, tragicznie zmarły, Dr Stanisław Pareński, był żołnierzem. Inni lekarze krakowscy pełnili obowiązki w organizacyi Rządu Narodowego. Dwóch lekarzy stanęło na czele oddziałów: Dr Neczaj z Dubienki i Dr Bolesław Dłuski. Pierwszy po rozbiciu jego oddziału dostał się w ręce wroga i został rozstrzelany w Krasnystawie; pochodził z rodziny ruskiej, był wyznania schyzmatyckiego, lecz gorąco miłował Polskę. Dłuskiemu nie była obca sztuka wojenna, gdyż był oficerem w wojsku rosyjskiem; pod pseudonimem Jabłonowskiego walczył na Litwie. Po upadku powstania i kilkoletniej tułaczce osiadł w Krakowie. Obok zawodu lekarskiego i żołnierskiego był artystą: jemu zawdzięczamy portrety krakowskich profesorów Majera i Skobla. Powszechnie szanowany dla swej powagi i nieskazitelnego życia, zmarł w Krakowie na stanowisku kustosza Muzeum techniczno-przemysłowego.

W organizacyi przygotowującej, a następnie popierającej powstanie, lekarze odegrali wybitną i liczną rolę, a działalność ich objęła całą Polskę w granicach 1772 r. Tym licznym udziałem tłumaczyć trzeba tak wielką liczbę skazanych na osiedlenie we wschodniej Rosyi, a zwłaszcza w Syberyi. Niemniej znaczna liczba opuściła kraj rodzinny i osiadła w różnych państwach Europy. Pragnąc przytoczyć nazwiska jednych i drugich, muszę się zastrzedz, że wykaz ten będzie bardzo niedokładny, gdyż opiera się tylko na pamięci: jestem przekonany, że ku memu żalowi ominę niejednego zasłużonego działacza, nie jedną szlachetną ofiarę, godną przekazania wdzięcznej pamięci potomnych.

Lekarze lubelscy: Dąbrowski Wincenty i Zelkowski Wojciech zostali rozstrzelani w Tomaszowie lubelskim d. 23. lutego 1863 r.

Do skazanych na osiedlenie w Rosyi europejskiej i azyatyckiej należeli: 1) Dybek Włodzimierz Aleksander, profesor patologii ogólnej w warszawskiej Szkole Głównej, 2) Bierfreind, 3) Borysowicz Teodor, 4) Ciechanowski Celestyn, 5) Czekatowski, 6) Czermiński Walenty, wołyniak, 7) Chwiećkowski Józef, Litwin, 8) Dybowski Benedykt, Litwin; przed powstaniem był profesorem-adjunktem zoologii w warszawskiej Szkole Głównej. Doktoryzował się w Berlinie (1860) i w Dorpacie (1862). W r. 1864 skazany na 15 lat osiedlenia w Daurvi. Uzyskawszy pozwolenie władzy, już w r. 1866 rozpoczął badania naukowe i zbieranie okazów. Samo zbadanie jeziora Bajkalskiego zajęło mu trzy lata. Rozszerzywszy znacznie zakres swych poszukiwań, prowadził je do r. 1877, w którym pozwolono mu powrócić do kraju, lecz nie na długo: pragnąc rozciągnąć badania fauny syberyjskiej i na Kamczatkę, przyjął dobrowolnie posadę lekarza okręgowego w Petropawłosku (na Kamczatce). Poszukiwania przyrodnicze Dybowskiego bogactwem plonów przewyższają wszystkie poprzednie usiłowania badaczów, wysyłanych z ramienia rządu. Warszawski Gabinet zoologiczny zawdzięcza Dybowskiemu najkompletniejszy zbiór okazów fauny Syberyi. W r. 1872 Dybowski został powołany do objęcia katedry zoologii w Uniwersytecie lwowskim, piastował to stanowisko przez parę dziesiątków lat, a obecnie przebywa we Lwowie, używając dobrze zasłużonego wypoczynku. 9) Fonberg Mateusz, kijowianin, syn ś. p. profesora chemii, początkowo w Wilnie, następnie w Kijowie. 10) Jaworowski Kazimierz, Litwin. 11) Jodłowski Jan, koroniarz, po powrocie do kraju doktoryzował się w Krakowie, gdzie przebywa do dnia dzisiejszego. 12) Kaczkowski Karol, profesor Uniwersytetu warszawskiego w r. 1829—30, naczelny lekarz wojska polskiego w r. 1831, zesłany w r. 1863 do Wałujek w gubernii woroneżskiej, zmarł w Chersoniu r. 1867. Zostawił nader cenne pamiętniki. 13) Klimontowicz, Litwin. 14) Knothe, podolak. 15) Kościałkowski Józef, litwin. 16) Krajewski Władysław, koroniarz, po uwolnieniu z Syberyi doktoryzował się

[5]) Z autografu.

w Wiedniu, ordynował w Cieplicach czeskich, zmarł w Krakowie. 17) Kiernożycki, Litwin. 18) Kondracki Eugeniusz, podolak. 19) Lasocki Wacław, wołyniak, którego nazwisko powinno być znane w Krakowie, jako ofiarodawcy wielkiej wartości księgozbioru przeważnie dzieł historycznych, stanowiącego samoistną bibliotekę przy Muzeum im. Czapskich. Prócz tego Lasocki złożył w bezpieczne ręce rękopis pamiętnika, obejmującego epokę 1863 r. w Uniwersytecie kijowskim i dolę wygnańców syberyjskich z tego czasu. Treść pamiętnika wyjaśni niejedną sprawę na Rusi przednieprzańskiej w epoce powstania. Kapitał na wydanie bogato ilustrowanego pamiętnika po śmierci autora złożył Lasocki na ręce krakowskiego Zarządu miasta. Mieszka stale w Nałęczowie. 20) Lebiedziński Antoni, litwin. 21) Łagowski Józef, wołyniak. 22) Łazowski, litwin. 23) Mackiewicz Bronisław, litwin. 24) Macudziński Walery, galicyanin, wzięty do niewoli, a następnie uwolniony, dokończył w Krakowie nauki lekarskie, osiadł w Jaśle, gdzie całe życie poświęcał się zawodowi lekarskiemu. 25) Michałowski Dyonizy, kijowianin. 26) Nieszkowski Jan, koroniarz, zmarł w Orenburgu 1866 r. 27) Nowicki Franciszek, litwin. 28) Nowicki Fortunat, wołyniak, wywieziony do Tambowa z Żytomierza w r. 1861; następnie w r. 1864 zamieszkał w Lipecku i doprowadził tamtejszy zakład wód mineralnych do kwitnącego stanu. Wróciwszy do ojczyzny w r. 1877, zajął się urządzeniem Zakładu wód mineralnych w Nałęczowie. Już we wczesnym okresie swego życia pracował piórem, skrzepiając polskie życie umysłowe na Wołyniu. 29) Orłowski Franciszek, litwin. 30) Paszkowski Mikołaj, wołyniak. 31) Pluciński Michał, kijowianin. 32) Polikowski Edward, wołynianin. 35) Sypniewski, litwin. 34) Swida Jan, litwin. 35) Strzyżowski Antoni, podolak. 36) Tomkowicz. 37) Trzaskowski. 38) Wiśniewski. 39) Ulanowski Władysław z Inflant, w r. 1871 został uwolniony, przybył do Krakowa, a w roku następnym zmarł z cholery. 40) Wilczewski Walery uległ dwukrotnemu zesłaniu. 41) Woźniacki, koroniarz. 42) Wyszyński Władysław, kijowianin, przebył na wygnaniu 20 lat, zmarł w Warszawie.

Najmniej mamy wiadomości o więzionych w fortecach. Tu jest miejsce, by z czcią wspomnieć żytomirskiego lekarza Adolfa Trachtenberga, który swój gorący patryotyzm przypłacił czteroletniem więzieniem w podziemiach fortecy kijowskiej i podkopaniem na zawsze zdrowia.

Z tych, co zmuszeni byli opuścić kraj rodzinny, znane mi nazwiska następujących: 1) Baraniecki Adryan, podolanin, po otrzymaniu dyplomu w Moskwie pogłębiał parę lat swą wiedzę zagranicą, założył w Paryżu r. 1858 »Polskie Towarzystwo lekarzy«, a w roku następnym »Towarzystwo lekarzy podolskich« w Kamieńcu Na wniosek Barranieckiego powstała instytucya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, oraz wystaw przyrodniczo-lekarskich przy tych Zjazdach. Opiekun oświaty ludu na Podolu, człowiek wielkiej inicyatywy i wielkich zdolności organizacyjnych. W r. 1868 zamieszkał w Krakowie, założył tu Muzeum techniczno-przemysłowe, oraz Wyższą Szkołę żeńską i ofiarował obie te instytucye miastu. Wysoko ceniony dla wielkich zasług i hojnej ofiarności, zakończył życie w Krakowie r. 1891. 2) Bojemski St., królewianin, doktoryzował się w Paryżu, brał udział w charakterze chirurga w wojnie 1870 r. 3) Borzobohaty, litwin, przed uzyskaniem amnestyi przebywał kilka lat w Krakowie. 4) Biernawski Aleksander, koroniarz, doktoryzował się w Paryżu, stale ordynował w Vichy, zmarł w r. 1913. 5) Chudziński Teofil, doktoryzował się w Paryżu, poświęcił całe życie antropologii. 6) Dalkiewicz Julian, z Poznańskiego, nostryfikował paryski dyplom w Krakowie, osiadł w Tarnowie, i tu życia dokonał. 7) Dobrowolski Marceli, kijowianin, kilka lat uprawiał zawód lekarski w Krakowie i tu umarł. 8) Hassewicz Stanisław, lublinianin, w r. 1870 nostryfikował dyplom paryski w Krakowie, ordynował całe życie w Karlsbadzie. Hojną ręką obdarzał instytucye narodowe. 9) Henszel, kijowianin, doktoryzował się w Paryżu i całe życie poświęcił praktyce lekarskiej w tem mieście. 10) Jabłonowski Władysław, lekarz w wojsku tureckiem, podróżnik, współpracownik pism lekarskich polskich, w ostatnich latach życia członek międzynarodowej Komisyi sanitarnej, zmarł w Burgas nad Czarnem morzem. 11) Kopernicki Izydor, z Ukrainy, wystąpił na arenę zawodową podczas wojny krymskiej, kierując szpitalami początkowo nad Dunajem (Sylistrya, Oltenica), a następnie w Sebastopolu, gdzie wraz z Pierogowem przebył całoroczne oblężenie. W r. 1857 mianowany został prosektorem anatomii opisowej w Uniwersytecie kijowskim, a jednocześnie objął wykłady anatomii ludzkiej dla przyrodników z poglądem porównawczym na anatomię kręgowców. W r. 1863, gdy stanowisko Polaka w służbie rosyjskiej stało się nie do zniesienia, opuścił Uniwersytet, udał się w Kaliskie, gdzie blizko rok niósł pomoc chirurgiczną na polu walki. W początku roku 1864 znalazł się w Paryżu, biorąc udział w tamtejszym ruchu naukowym; po kilku miesiącach pobytu w stolicy Francyi wyjechał do Serbii, a po dalszych kilku miesiącach przeniósł się do Bukaresztu; tu zawarł umowę z rządem rumuńskim, że w ciągu 6 lat utworzy gabinet anatomiczny do systematycznego wykładu anatomii opisowej i topograficznej. Wywiązał się z tego zadania wzorowo i został przez rząd odznaczony. Niektóre z tych okazów znalazły się na wystawie podczas I Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie i zjednały ich twórcy pierwszą i najwyższą nagrodę. W r. 1871 osiadł Kopernicki w Krakowie. Po złożeniu egzaminu doktorskiego, rozpoczął wykłady antropologii początkowo w charakterze docenta, następnie profesora nadzwyczajnego, założył gabinet anatomii porównawczej, oraz kraniologii; był duszą w komisyi antropologicznej Akademii Umiejętności, a badaniami swojemi, ogłaszanemi w różnych językach, zjednał sobie głośne imię w nauce światowej. Wysoko ceniony dla swej wiedzy w Europie, a dla pracowitości i wzniosłego charakteru w kraju, zakończył życie w Krakowie 1891 r. 12) Kwaśnicki August, z Ukrainy, po 10-letnim pobycie w Turcyi w charakterze lekarza pułku kozaków otomańskich przez lat 6, a następnie lekarza wilajetu adryanopolskiego przez lat 4, w r. 1874 osiadł w Krakowie, a po złożeniu egzaminu doktorskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim, oddaje się wykonawstwu lekarskiemu w Krakowie. 13) Laskowski Zygmunt, warszawianin, po opuszczeniu kraju przebywał na Zachodzie, poświęcając się pracy z zakresu anatomii w Cambridge pod kierunkiem Humphreya, a w Paryżu Sappeya. W r. 1869 rozpoczął w Paryżu wykłady anatomii i chirurgii operacyjnej. Za zasługi, wyświadczone Francyi w r. 1870, otrzymał tytuł i prawa obywatela francuskiego obok innych odznaczeń honorowych. W r. 1875 powołany został do Genewy dla urządzenia Szkoły lekarskiej, w której objął katedrę anatomii. Już podczas wojny obecnej odwiedziłem Laskowskiego w Genewie i z radością stwierdziłem, że pomimo przeszło półwiekowego przebywania na obczyźnie, zachował on całą świeżość polskiego patryotyzmu. W roku bieżącym dobiegł Laskowski wieku, zakreślonego do piastowania stanowiska profesorskiego: okoliczność ta nastręczyła rodakom i obcym możność wyrażenia szczerego uznania dla zasług naukowych i obywatelskich Czcigodnego Jubilata. 14) Landowski Edward, wilnianin, opuścił kraj w r. 1863, udał się do Francyi, gdzie doktoryzował się w r. 1866 w Montpellier. Za zasługi wyświadczone podczas oblężenia Paryża, otrzymał prawa obywatela francuskiego. Z zamiłowaniem poświęcał się antropologii i za jego to staraniem i pod kierunkiem urządzony został oddział antropologii polskiej na paryskiej Wystawie powszechnej 1868 r. Z zamiarem założenia stacyi klimatycznej i kumysowej udał się w r. 1879 do Algieru i zamiar ten przeprowadził w miejscowości Mustafa Superieur, lecz już w r. 1882 śmierć przerwała pasmo jego żywota. 15) Landowski Paweł, brat Edwarda; — po 10-letnim pobycie w Syberyi powiodło mu się zbiedz i dostać się do Francyi; doktoryzował się w Montpellier, a następnie osiadł w Paryżu, gdzie zdobył bardzo rozległą klientelę, a obok pracy klinicznej poświęcał się literaturze lekarskiej, mianowicie był jednym z głównych redaktorów »Journal de therapeutique«, w którym umieszczał swoje prace. 16) Loewenhardt Stanisław, warszawianin, mąż Henryki Pustowójtówny, z którą poznał się w obozie dyktatora Langiewicza. Po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, całe życie spędził w Paryżu, oddając się pracy lekarskiej. 17) Lutostański Bolesław, warszawianin, studyował medycynę w Warszawie i Kijowie. Opuściwszy kraj w r. 1864, spędził parę lat na wychodźtwie, a następnie osiadł w Krakowie. W sezonie letnim ordynował w Iwoniczu. Lutostański należał do ludzi wszechstronnie wykształconych: obok rozpraw z zakresu medycyny, zwłaszcza higieny, ogłosił bardzo cenne studya przygotowawcze, zmierzające do zaopatrzenia Krakowa w wodę. Należąc do redakcyi »Nowej Reformy«, okazał się znakomitym publicystą. 18) Nencki Marceli, koroniarz, po opuszczeniu kraju poświęcał się filozofii; w r. 1867 zapisał się na medycynę w Berlinie i tam otrzymał dyplom w r. 1870. Na przedstawienie Naunyna mianowany został asystentem chemii przy instytucie patologicznym w Bernie, a jednocześnie habilitował się na docenta chemii fizyologicznej; wkrótce potem został mianowany profesorem i na tem stanowisku pozostawał długi szereg lat, aż do powołania na katedrę chemii w Petersburgu, gdzie już po kilku latach życia dokonał. Badania biochemiczne zjednały Nenckiemu

głośne imię w nauce światowej. 19) Nieszkowski Zdzisław, koroniarz, stopień doktora otrzymał w Paryżu, nostryfikował go w r. 1870 w Krakowie. W lecie ordynował w Szczawnicy. 20) Okińczyc Aleksander, litwin, skazany na 12 lat ciężkich robót, zdołał w r. 1865 zbiedz z Tomska, dostał się do Francyi; w r. 1867 osiągnął dyplom doktorski, osiadł w Villpreux, ożenił się z córką Bohdana Zaleskiego, i całe życie oddawał się wykonawstwu lekarskiemu. 21) Orzechowski Tadeusz, podolanin, podczas powstania reprezentant Rządu Narodowego przy Wysokiej Porcie, w latach następnych odegrał większą rolę polityczną za czasów kanclerstwa Andrassyego. Zmarł w Paryżu. 22) Perkowski Seweryn, warszawianin, doktoryzował się w Paryżu w r. 1869, brał czynny udział w wojnie 1870 r. Powrócił w r. 1878 do Warszawy. 23) Ramlow Saladyn, koroniarz, skazany jeszcze w r. 1861 na osiedlenie w Syberyi, potrafił zbiedz, dostał się przez Turcyę do Francyi, w r. 1867 doktoryzował się w Paryżu, przebył oblężenie Metzu jako lekarz wojskowy. W r. 1881 udał się do Panamy w charakterze lekarza kompanii przekopu i tam życia dokonał. 24) Sawicki Stella Jan, litwin, brał udział już w stopniu oficerskim w wojnie węgierskiej 1849 r. po stronie rosyjskiej, a następnie w wojnie krymskiej. W r. 1856, mianowany podpułkownikiem, udał się w podróż naukową po Europie i północnej Afryce. W roku 1863 już w stopniu pułkownika wystąpił z wojska, przez Belgię i Francyę dostał się do Galicyi i wziął bardzo czynny udział w ówczesnych wypadkach pod nazwiskiem pułkownika Strusia. Po upadku powstania udał się do Szwajcaryi, a ufając w nabyte w tym kraju obywatelstwo, powrócił do Galicyi, lecz został aresztowany i wydalony z państwa za udział w powstaniu. Tułając się po różnych krajach, zarabiając na życie po fabrykach i korespondencyami do dzienników, dotarł do Strassburga, tu osiadł i rozpoczął naukę medycyny w tamtejszym Uniwersytecie. Ministeryum wyjątkowo pozwoliło Sawickiemu już po trzyletnich studyach przystąpić do ostatecznego egzaminu, który powiódł się znakomicie. Podczas oblężenia 1870 r. pozostał w Strassburgu, zorganizował w pałacu cesarskim ambulans na 240 łóżek i prowadził go z wielką gorliwością. Po poddaniu się Strassburga i zakończeniu wojny powrócił znowu do Galicyi, nostryfikował dyplom francuski na Uniwersytecie Jagiellońskim i otrzymał posadę sekundaryusza w szpitalu lwowskim. W r. 1873 mianowany został inspektorem szpitali galicyjskich i na tem stanowisku pozostawał do późnego wieku. Pisał dużo do dzienników, a jak wieść niesie, pozostawił pamiętnik. Umarł we Lwowie. 25) Szaramowicz Aleksander, z Ukrainy, brał czynny udział w wojnie krymskiej w stopniu sztabowego lekarza wojska rosyjskiego; po zawarciu pokoju wystąpił z wojska, odbył podróż naukową po Europie; w r. 1861 powrócił do kraju i wziął czynny udział w ówczesnym ruchu politycznym. Podczas powstania był naczelnym lekarzem pułku jazdy wołyńskiej generała Edmunda Różyckiego. W r. 1864 znalazł się we Francyi. Podczas wojny francusko-pruskiej był naczelnikiem ambulansu polowego. Resztę życia spędził we Francyi, oddając się wykonawstwu lekarskiemu. 26) Tarnawski Gustaw, koroniarz, w r. 1867 otrzymał dyplom doktorski w Paryżu, brał udział w wojnie 1870 r., a następnie osiadł w Burgundyi. 27) Ziołecki Roger, poznańczyk, walczył w powstaniu jako żołnierz; w r. 1865 wstąpił do pułku kozaków ottomańskich, następnie poświęcił się medycynie i otrzymał dyplom doktorski w Berlinie. Poległ pod Metzem 1870 r. 29) Zagórski Adam, koroniarz, studyował medycynę w Bazylei i tamże otrzymał dyplom doktorski. W r. 1868 przeniósł się do Galicyi i osiadł w Rzeszowie. 29) Żuliński Tadeusz, koroniarz, studyował medycynę w Warszawie, Kijowie i Pradze; w r. 1862 otrzymał dyplom w Krakowie i został asystentem przy katedrze fizyologii. Brał czynny udział w powstaniu, a po jego upadku, przeniósł się do Francyi i praktykował w Paryżu. W r. 1871 przybył do Lwowa, znalazł zatrudnienie w szpitalu powszechnym, a jednocześnie wykładał higienę w żeńskich zakładach szkolnych. Był radnym m. Lwowa i założycielem Towarzystwa gimnastycznego w tem mieście. Człowiek wielkiej pracy i zdolności, zasilał liczne czasopisma polskie i czeskie cennemi rozprawami przeróżnej treści. Czczony przez współobywateli, którym udzielał pomocy z zasady bezinteresownie, a gorliwie, zmarł we Lwowie 1885 r.

Rozkopałem groby, poruszyłem popioły. Wielka dzisiejsza chwila niepodległościowa już epokową swą treścią wskrzesza zastępy wyznawców i męczenników idei wyzwolenia Polski, a naród polski z wdzięcznej pamięci woła: »Niech nam żyją, choć pomarli«. Lecz bojownicy, których cienie wywołałem, to nie byli ci legendowi rycerze z nadzieją w sercu, a bronią w dłoni, czekający pod granitami Tatr na hasło zmartwychwstania: ci, o których mówiłem, to byli ludzie beznadziejnie i głęboko smutni: smutek był na ich powiekach, gdy zasypiali i gdy się budzili, w smutku żyli i w smutku umierali. Kościół skonfiskowany na Litwie, szkoła polska zamknięta w Koronie, język polski wyrugowany z polskiej instytucyi, naigrawanie się wroga mówiło im: »Wyście to, waszą porywczością ten kościół skonfiskowali, szkoły zamknęli, język ojczysty wyrugowali«. A mówili to czasem sami sobie, częściej mówili im to inni, jeśli słowem — to gromko, jeśli pismem — to z podkreśleniem.

Czy istnieje różnica między powstańcami 1863 r., a dzisiejszymi legionistami? czy cel jednych a drugich był ten sam? Ten sam: wyzwolenie Polski. Może ideał niższy jednych, niż drugich? Ten sam: wzniosły. A może ofiara nie jednaka? Taka sama: krwawa, całopalna. Tylko bojowników 1863 r. natchnienie wieszczów uniosło na takie wyżyny, że już nogami nie dostawali ziemi, a gdy siły nierówne zawodziły i broń nie dopisywała, walczono podniosłością ducha, bezgranicznemi ofiarami. Ofiarami szafowaliśmy rozrzutnie i raz jeszcze polską ziemię, »odwieczne pobojowisko człowiecze«, przepoiliśmy krwią i łzami. A legioniści? Ci stoją obunożnie na ziemi: czy Strzelce, Drużyny, Sokoli byliby wyszli, jak my, w pole, gdyby nie mieli odpowiedniej broni i amunicyi? Czy twórca i wódz Legionów mógłby w r. 1863 postawić dwom potęgom centralnym tak realistyczne: »albo — albo«, jak to uczynił przed paru miesiącami? Legioniści działają podług zasady, że na wyżyny ideału trzeba się wznosić po stopniach rzeczywistości i jeśli do uznania i zastosowania tej zasady chociaż w najmniejszej części przyczyniło się cierpkie doświadczenie w r. 1863, to ofiary, poniesione przed pół wiekiem, nie poszły całkowicie na marne. Rok 1863, rok klęski, jeśli on był ostatnią pokutą przed całkowitem rozgrzeszeniem, jeśli w łańcuchu usiłowań narodu polskiego i to krwawe ogniwo było niezbędne, ażeby przez tak bolesne doświadczenie opanować sangwinistyczny temperament narodu i doprowadzić go do większej równowagi i rozwagi, to pokolenie roku 1863, pomimo ciężkiego pogromu, spełniło przeznaczeniową służbę narodową, ale sąd o tem, czy tak w istocie było, nie do nas i nie do dzisiejszej chwili należy.

Odbyłem spowiedź generalną za pokolenie, do którego zaliczam się. Lecz z bojowników 1863 r. kołacze się jeszcze po powierzchni ziemi garstka ludzi, których chmurny zmierzch życia rozświetlił manifest 5 listopada: dreszcz zmartwychwstania wstrząsnął i im mózg i serce, odczuli przypływ energii i żądzę dalszego życia, a w duszy zajaśniał promień wiary, że naród, gdy ma wolę życia, nie umiera, że z kości rodzą się rycerze, że siew krwi jest plenny, że ofiara nie idzie na marne, że duch zwyciężyć musi, lecz zwycięstwem Golgoty.

Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr Tomasz Janiszewski: **Polskie ministerstwo zdrowia publicznego.** (Zadania, zasady organizacyi i zakres działania zarządu spraw zdrowotnych w państwie polskiem). Kraków 1917. Nakładem własnym. Stron 27.

Broszura doc. Janiszewskiego jest publikacyą wykładu, który autor miał w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem 29 listopada r. z.; na temsamem posiedzeniu odbyły się ogłoszone powyżej wykłady prof. Wrzoska i Dr Kwaśnickiego. Wszystkie trzy wykłady miały jedną myśl przewodnią, wiążącą przeszłość z przyszłością, miały też całe ukazać się razem w »Przeglądzie lekarskim«; ponieważ jednak broszura doc. Janiszewskiego wcześniej wyszła, przeto, nie mogąc jej całej przedrukowywać, podajemy jej streszczenie. Broszura jest obszerniejsza od wykładu; autor rozwiódł w broszurze szerzej niektóre szczegóły, o które w wykładzie mógł tylko krótko potrącić, i dodał ustęp o organizacyi sanitarnej Galicyi w razie jej wyodrębnienia.

Stwierdziwszy na wstępie, że ustrój sanitarny każdego kraju powinien być zastosowany do warunków miejscowych, do stopnia kultury, charakteru, pojęć, stanu ekonomicznego i społecznego ludności, zaznacza autor, że konkretnego projektu ustroju sanitarnego nie można opracować, nie wiedząc, jakim będzie ogólny ustrój administracyjny, ale można określić jego zasady. Najłatwiej dojść do tego, jeśli poznało się »na własnej skórze« zły ustrój administracyjny. Taki zły, narzucony ustrój był w Polsce we wszystkich trzech zaborach. O rosyjskim sy-

stemie administracyjnym niema nawet co mówić. Wad systemu niemieckiego i austryackiego dowodzi sama już jego ciągła krytyka, wychodząca z ust Niemców i Austryaków, i to — co do spraw sanitarnych — nietylko z ust lekarzy, ale i prawników. Ani jednak w Niemczech, ani w Austryi nie zdobyto się na krytykę zasad administracyi, lecz tylko na krytykę techniki administracyjnej, co oczywiście do celu, do poprawy administracyi, nie mogło doprowadzić.

Otóż, zdaniem autora, zasadniczym błędem administracyi austryackiej i niemieckiej jest naprzód to, że opiera się ona wyłącznie na czynniku urzędniczym, stanowiącym zbyt wielki (w Niemczech w r. 1907 dwa miliony urzędników państwowych i drugie tyle urzędników prywatnych na 60 milionów ludności), a zatem zbyt kosztowny aparat. Jako środek zaradczy podaje autor wciągnięcie do pracy żywiołów obywatelskich i rozszerzenie samorządu, a zmniejszenie centralizmu. Drugim zasadniczym błędem jest brak specyalistów na kierowniczych stanowiskach ustroju administracyjnego; należałoby więc w odpowiednich działach administracyi oddać kierownictwo kupcom, technikom, lekarzom, pedagogom i innym fachowcom, a nie wyłącznie prawnikom. Brak też obecnej administracyi sprawności i prostoty, właściwej metodom kupieckim; trzeba je więc wprowadzić, z tem wszakże zastrzeżeniem, że nie mogą się one wzorować na gospodarstwie prywatnem, troszczącem się wyłącznie o dobra rzeczowe, lecz że administracya musi być przejęta duchem ekonomii ludowej, to jest ekonomii materyału ludzkiego, zmierzającej do osiągnięcia jaknajwiększej rentowności życia ludzkiego. Osiągnąć to można tylko wtedy, gdy każdy osobnik więcej wytworzy, niż kosztowało jego wychowanie, gdy siła życiowa ludzka będzie odpowiednio wyzyskana, chroniona, zużycie jej zaś należycie amortyzowane. Obecnie marnotrawi się zbyt dużo materyału ludzkiego, bo w kapitalistycznym ustroju społeczeństw zależy pracodawcom na wydatności pracy robotnika w danym momencie, bez względu na to, jak długo jeszcze i w jakim stopniu robotnik ten będzie potem zdolny do pracy. Amortyzacyę sił roboczych zwala pracodawca na ogół społeczeństwa. Ubezpieczenie społeczne (na wypadek choroby, niezdolności do pracy), prowadzone pod hasłem »ochrony słabych«, powinno być jednakże, według wyrażenia się Pothoffa, na którego autor często się powołuje, prowadzone pod hasłem »ochrony przed osłabieniem«.

Zadania administracyi sanitarnej z terenu czysto policyjno-sanitarnego wchodzą powoli na drogę higieny społecznej, higieny rasy i polityki ludnościowej. Pola te powinna administracya sanitarna ogarniać coraz więcej, dążąc do utrzymania zdrowia i tężyzny narodu, a kładąc nacisk przedewszystkiem na działalność zapobiegawczą. Do tego potrzeba dokładnej znajomości warunków rozwoju narodu pod względem ilościowym i jakościowym; administracya sanitarna powinna je zatem badać, musi wykrywać przyczyny, wpływające korzystnie lub niekorzystnie na przyrost ludności i na jakość ludności, musi podawać środki, usuwające niekorzystne w tym względzie wpływy.

Zestawiwszy rozrodczość, śmiertelność ogólną, naturalny przyrost ludności i śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia we wszystkich trzech dzielnicach Polski w porównaniu z niektórymi krajami Europy, dalej śmiertelność z gruźlicy i z innych chorób zakaźnych w Galicyi w porównaniu z Austryą, wreszcie śmiertelność z gruźlicy i innych chorób zakaźnych w miejscowościach mniejszych ze śmiertelnością w miejscowościach większych, przypomina autor na zasadzie tych cyfr, że rozrodczość i naturalny przyrost ludności nie przedstawia się w Polsce niekorzystnie, źle natomiast przedstawia się śmiertelność ogólna, śmiertelność osesków, oraz śmiertelność z chorób zakaźnych. Wysoka rozrodczość, pomimo, że ona to głównie pomimo strasznych stuletnich prześladowań i klęsk ocaliła nasz naród od zaguby, nie powinna usypiać naszej czujności, zwłaszcza, że już i u nas zaznaczać się zaczyna spadek rozrodczości, jak w całej Europie zachodniej, jakoteż, że obecna wojna znacznie wyludniła Polskę. Do tego też należy dostosować naszą przyszłą administracyę sanitarną, której gospodarka powinna być przewidującą.

Autor wydaje surowy wyrok na dotychczasową administracyę sanitarną w Galicyi. »Zapoznawszy się dokładnie z administracyą sanitarną gminną, powiatową i miejską« — pisze — »przekonać się mogłem, że dotychczasowa administracya oddalona jest bardzo od wyżej wytkniętych celów. O jakiejś myśli przewodniej... niema nawet mowy. Biurokratyzm, brak zapału i inicyatywy, brak przewidywania, charakteryzują czynności administracyi sanitarnej w kraju«. Powody tych opłakanych stosunków upatruje autor w wadliwej podstawie austryackiej administracyi ogólnej, a zwłaszcza sanitarnej, dalej w zupełnem podporządkowaniu administracyi sanitarnej pod administracyę polityczną, spychającem lekarza na stanowisko bezsilnego często doradcy, pozbawionego wszelkiej inicyatywy i egzekutywy, wreszcie w nizkim stanie kultury sanitarnej nawet wśród warstw inteligentnych. Żąda więc autor usamodzielnienia administracyi sanitarnej, postawienia na jej czele lekarzy fachowców i udzielenia im władzy wykonawczej.

Żądanie utworzenia osobnego ministerstwa zdrowia publicznego z lekarzem na czele odzywa się coraz głośniej w zachodniej Europie; autor przytacza Havelocka Ellisa w Anglii, Schallmayera i Lindemanna w Niemczech. Reformę taką przeprowadzono już w Rosyi. W obecnej już wojnie stworzono dla specyalnych potrzeb osobne ministerstwa (n. p. amunicyjne, aprowizacyjne), utworzenie więc takiegoż ministerstwa dla sprawy zdrowia publicznego, decydującej o losach narodu, byłoby rzeczą zupełnie naturalną. Wydatek na to, stosunkowo zresztą niewielki, będzie nader korzystną lokacyą, jaką są wogóle nakłady na urządzenia i instytucye, stanowiące ochronę zdrowia i życia ludzkiego. Jako przykład przytacza autor fakt, że przez zmniejszenie się śmiertelności wzbogacił się naród niemiecki w przeciągu jednego tylko pokolenia według obliczeń o 6—8 miliardów marek; zdolność do pracy trwa dziś w Niemczech o 2 lata dłużej, niż przed stu laty, co w jednem pokoleniu przedstawia zysk 2 milionów lat pracy. Nie należy też obawiać się wygórowanych żądań, ani fantastycznych projektów ze strony lekarzy, bo udzielona im inicyatywa i egzekutywa łączyć się będzie z większą odpowiedzialnością, która ich działalność utrzyma we właściwych granicach.

Główne zasady organizacyi administracyi sanitarnej w Polsce zestawia autor w punktach następujących: »1) Wszystkie sprawy zdrowotne skupione są w jednym urzędzie, który nosi nazwę Ministerstwa, czy Departamentu zdrowia publicznego. Administracya sanitarna zyskuje egzekutywę i konieczną dla skutecznego działania samodzielność, podobną do tej, jaką w cywilizowanych krajach posiada sądownictwo. 2) Na czele Ministerstwa, czy Departamentu stać może tylko lekarz. 3) Administracya sanitarna cywilna łączy się z wojskową pod jednym zarządem; obie rządzą się wspólnymi przepisami i ustawami sanitarnemi. Administracya sanitarna wojskowa otrzymuje pewną autonomię. 4) Organami egzekutywy są albo właśni zaprzysiężeni funkcyonaryusze, albo sąd, lub w końcu żandarmerya i policya. 5) Budżet Ministerstwa zdrowia publicznego czerpie dochody po części z ogólnych funduszów państwowych, po części posiada własne źródła dochodów, jak: podatek szpitalny, kary, fundusze instytucyi ubezpieczenia od wypadków, od starości i na wypadek niezdolności do pracy i t. d. 6) Dla utrzymania ciągłości programu pracy, Minister zostaje mianowany na pewien okres czasu n. p. na lat 6; po upływie tego czasu może być ponownie mianowany. 7) Ministerstwo zdrowia publicznego podlega zresztą tym samym przepisom, jakim podlegają i inne Ministerstwa, posiada też same prawa«.

Zakres działania projektowanego ministerstwa dzieli autor na trzy części, administracyjną, techniczną i prawniczą, wyliczając w nich następujące sprawy: »I. Dział administracyjny: 1) Najwyższa Rada zdrowia (N. Opieka sanitarna). Rady zdrowia gubernialne, powiatowe i gminne. 2) Izby lekarskie. 3) Lekarze cywilni i urzędowi. Studya lekarskie i egzamina lekarzy urzędowych. 4) Lekarze szkolni. Kursa dla lekarzy szkolnych. 5) Farmaceuci. Studya i egzamina farmaceutyczne. 6) Dentyści. Szkoły dentystyczne i egzamina. 7) Sprawy weterynarskie. Weterynarze cywilni i urzędowi. Studya weterynarskie. Egzamina weterynarzy urzędowych. 8) Niższa służba sanitarna: Akuszerki. Sanitaryusze. Dezynfekcyonaryusze. Pielęgniarze. Masażyści, oraz odpowiednie szkoły dla nich. 9) Organizacya państwowej służby zdrowia. 10) Apteki. Składy apteczne. Zakłady badania środków farmaceutycznych. Pracownie chemiczne. 11) Szpitale. Zakłady lecznicze. Zakłady dobroczynne. 12) Uzdrowiska i zdrojowiska. 13) Zakłady kąpielowe. Kąpiele ludowe. Zakłady gimnastyczne. Zakłady fryzyerskie i kosmetyczne. 14) Wychowanie fizyczne młodzieży. Kolonie i półkolonie wakacyjne. Wolne przestrzenie w miastach. Boiska do gier. Podróże wakacyjne. Parki. 15) Higiena szkolna. Ambulatorya dentystyczne szkolne. Żywienie dzieci szkolnych. Szkoły dla niedorozwiniętych. 16) Opieka nad oseskami. Zwalczanie śmiertelności osesków. Propaganda karmienia piersią. Instytucye kropli mleka. Porady dla matek. Żłóbki. Nadzór nad dziećmi, oddanemi na wychowanie. 17) Opieka nad dzieckiem w wieku przedszkolnym. Ochronki. Półkolonie i t. d. 18) Nadzór nad środkami spożywczymi. Pracownie badania środków spożywczych. Odżywianie się ludności. 19) Zwalczanie

chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych. Zapobieganie tym chorobom. Szczepienia ochronne. Zakłady wyrobu szczepionek i surowic. 20) Pracownie bakteryologiczne. 21) Zakłady dezynfekcyjne. 22) Cmentarze. Domy przedpogrzebowe. Ekshumacye i przewóz zwłok. Sekcye policyjno-sanitarne. 23) Towarzystwo ratunkowe. Czerwony Krzyż i Samarytanin. II. Dział techniczny: 1) Wodociągi. Studnie. 2) Kanalizacya i inne sposoby usuwania nieczystości. 3) Osuszanie miejsc wilgotnych. Zabezpieczenie miejscowości przed powodzią. 4) Odbudowa miast i wsi. Rozbudowa miast i ich regulacya. 5) Sprawy mieszkaniowe. Inspektoraty mieszkaniowe. 6) Higiena przemysłowa. Inspektoraty przemysłowe. 7) Kasy chorych. 8) Ubezpieczenia od wypadków. 9) Ubezpieczenia na starość i w razie niezdolności do pracy. 10) Ochrona macierzyństwa. 11) Statystyka lekarska. 12) Eugenika. 13) Referat budżetowy. 14) Pożyczki i subwencye dla gmin na inwestycye zdrowotne. 15) Prasa lekarska. III. Dział prawniczy: 1) Ustawodawstwo. Kodyfikacya ustaw sanitarnych. 2) Rozporządzenia sanitarne. 3) Rekursa. 4) Kontrakty«.

Wszystkie te zasady powinny być, zdaniem autora, zastosowane także do reformy administracyi sanitarnej w Galicyi w razie jej wyodrębnienia, z wyjątkiem tylko wojskowej administracyi sanitarnej, któraby pomimo wyodrębnienia Galicyi musiała pozostać w pewnym związku z administracyą sanitarną wojskową Austryi. Utworzenie w rządzie krajowym wyodrębnionej Galicyi osobnego ministerstwa zdrowia nie trafiłoby na przeszkody finansowe, bo według obliczenia autora na cele sanitarne w Galicyi wydawał autonomiczny skarb krajowy (Sejm) średnio rocznie 4,198.362 kor., a rząd centralny monarchii austryackiej tylko 1,304.651 kor.; oderwanie zaś administracyi sanitarnej krajowej od centralnych instancyi państwowych jest konieczne, bo ustawy sanitarne ogólnopaństwowe nie uwzględniają naszych specyalnych potrzeb, a inicyatywa w sprawach sanitarnych, wychodząca z kraju, nie znajduje należytego zrozumienia i poparcia w rządzie centralnym. Osobne krajowe ministerstwo zdrowia usunęłoby też obecnie istniejącą dwoistość władz sanitarnych w kraju, a usunięcie tej dwoistości, szczególniej, zdaniem autora, dwoistości władz wyższych, powinno być jednem z zasadniczych wymagań przy wyodrębnieniu Galicyi.

W zakończeniu wyraża autor przekonanie, że chociaż »odbudową moralna i fizyczna Polski, to wielka, trudna i długotrwała rzecz«, to jednak nie brak nam, szczególnie w Królestwie, ludzi odpowiednich do tej pracy, silnych charakterem, a przejętych umiłowaniem swego zawodu i gorącą miłością ojczyzny. Ta miłość ojczyzny doda nam sił i pozwoli spełnić zadanie, bo też nie jest ona spotykanym gdzieindziej ślepym szowinizmem, nie jest »tylko instyktowem uczuciem fizycznej przynależności do plemienia«, ale świadomością, że »suma jednostek tworzących nasz naród, to przenosiciele dziedzicznych oryginalnych cech, które w sprzyjających warunkach dać mogą ludzkości jednostki wybitne, przynoszące jej nowe myśli, nowe idee, wskazujące nowe drogi«.

Do broszury swej dodał autor spis literatury.

Nie tu miejsce na rozbiór wywodów i zasad organizacyjnych administracy. sanitarnej, podanych przez autora. Podkreślić należy zasługę autora, który wobec zmiany naszych stosunków, sprawionej przez wojnę, pierwszy w Galicyi wystąpił z osobną pracą w kwestyi bardzo doniosłej, niedość tutaj niestety docenianej, gdy w Królestwie jest już ona przedmiotem bardzo żywych rozstrząsań publicznych i przygotowawczych działań praktycznych (publikacye Dr Polaka, Dr Jaworskiego, Dr Chodźki, obrady w Warszawskiem Towarzystwie higienicznem, w Stowarzyszeniu lekarzy polskich i w Towarzystwie medycyny społecznej). C.

I. Zjazd polskiej medycyny wojskowej
w Warszawie 2 i 3 lutego 1917.

Zanim Warszawa zrzuciła stuletnie kajdany, raz tylko mogli zebrać się w niej na obrady naukowe z całej Polski lekarze-chirurdzy. Natomiast od czasu istnienia Zjazdów lekarskich polskich nie dopuściły najeźdźcze władze rosyjskie ani razu do Zjazdu, gromadzącego z całej Polski przedstawicieli różnych działów medycyny. To też nadawało temu pierwszemu Zjazdowi lekarskiemu polskiemu w wolnej Warszawie właściwe piętno i upamiętni go na zawsze w dziejach Zjazdów.

Prawda, że i tym razem nie był to Zjazd o zakresie takim, jak inne nasze Zjazdy ogólnolekarskie. Jeśli odliczyć lekarzy Legionów Polskich, to zaledwo szczupła garstka lekarzy z poza Królestwa, nawet z poza Warszawy, mogła na Zjazd się przedostać. Obrady Zjazdu ograniczały się też tylko do niektórych działów medycyny, i to zastosowanej do zadań wojennych. Ale nie mogło być inaczej; Zjazd odbywał się w czasie wojny i pod jej znakiem, nie starczyło czasu i brakło sposobów, by na czas zawiadomić o nim ogół lekarzy polskich i umożliwić przyjazd liczniejszy. I tak udział około 400 uczestników przeszedł najśmielsze w tych warunkach nadzieje.

Zjazd otwarto w auli Zakładu anatomicznego Uniwersytetu przy ul. Chałubińskiego. Na otwarcie przybyło około 250 osób, w tem prawie połowa lekarzy Legionów Polskich. Honorowe miejsca zajęli zaproszeni goście: hr. Hutten-Czapski, członkowie Rady Stanu: Łempicki, Dziewulski i Piłsudski, prezes Rady miejskiej Suligowski, przedstawiciele magistratu: burmistrz Chmielewski i Dr Zb. Paderewski, rektor uniwersytetu Dr Brudziński, dalej Dr Stankiewicz, Sommer, Karwowski, oraz członkowie komitetu organizującego Zjazd. Rolę gospodarzy pełnili słuchacze Wydziału lekarskiego.

Przewodniczący komitetu organizacyjnego, prof. Kryński, dziekan Wydziału lekarskiego, zagaił zebranie, poczem na prezesa Zjazdu zaproszono zasłużonego seniora lekarzy Królestwa, Dr Stankiewicza, uczestnika walk z r. 1863, który jeszcze w czasach powstania organizował służbę sanitarną. W ten piękny sposób nawiązał Zjazd do tradycyi. Dalej wybrano wiceprezesami Zjazdu Dr W. Rogalskiego, szefa sanitarnego Legionów i Dr E. Bobrowskiego, sekretarzami Dr: Adamskiego, Lipskiego, Mossakowskiego, Korolewicza, Stefanowskiego i Strońskiego.

Nastąpiły przemówienia powitalne. Przemawiali prezes Zjazdu, Dr Stankiewicz, dalej członek Rady Stanu, Łempicki, w zastępstwie Marszałka koronnego, imieniem Wszechnicy rektor Dr Brudziński, imieniem miasta burmistrz Warszawy Chmielewski i prezes Rady miejskiej A. Suligowski, wreszcie Dr Sokołowski imieniem Towarzystwa lekarskiego.

Po ukończeniu przemówień powitalnych i odczytaniu depesz i pism z życzeniami (wśród nich od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i od Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«) rozpoczęły się obrady wykładem Dr W. Męczkowskiego o historyi organizacyi pomocy lekarskiej w armii polskiej. (Przedmioty obrad Zjazdu podaliśmy w poprzednich zeszytach »Przeglądu lekarskiego«).

Po ukończeniu obrad powziął Zjazd szereg uchwał, między innemi następujące:

»Zjazd uznaje w lekarzu legionowym najbardziej harmonijne zespolenie lekarza-obywatela, dla którego najwyższym nakazem jest dobro Ojczyzny i żołnierza polskiego, jej najistotniejszego sługi i obrońcy, oraz lekarza-zawodowca, gotowego do wszelkich poświęceń dla dobra umiłowanej nauki, — stawiając go jako wzór, naśladowania godny dla nowych szeregów lekarzy wojskowych tworzącej się armii polskiej.

W celu utworzenia dla armii polskiej wystarczających, oraz odpowiednio przygotowanych sił lekarskich i sanitarno-pielęgniarskich, konieczne jest utworzenie w Warszawie organizacyi centralnej, mającej prawo otwierania filii na prowincyi.

Przy tworzeniu armii polskiej zajdzie potrzeba powołania licznych zastępów lekarzy, których liczba w obecnej dobie w Królestwie Polskiem nie przekracza 1200, wobec czego zajdzie potrzeba powołania do armii słuchaczów wyższych półroczy wydziałów lekarskich. Wobec tego Zjazd upoważnia prezydyum o zwrócenie się z prośbą do Wydziałów lekarskich uniwersytetów: Jagiellońskiego, lwowskiego i warszawskiego o zorganizowanie wykładów z zakresu polowej medycyny wojskowej dla słuchaczów medycyny wyższych półroczy.

Zjazd wyraża żądanie, aby przy organizowaniu armii polskiej poczyniono wszystkie możliwe starania o ustanowienie szpitali czysto polskich, podlegających jedynie zarządzeniom sztabu polskiego«.

Dalsze uchwały dotyczyły powołania do służby szpitalnej na tyłach armii lekarzy cywilnych, zaprowadzenia dokładnej statystyki i listy strat i t. d.

Uchwalono nadto przesłać adres do seniora lekarzy-powstańców z r. 1863, Dr Kwaśnickiego w Krakowie, z wyrazami czci i uznania dla jego wielkich zasług.

W końcu prezes komitetu, prof. Dr Kryński, zamykając Zjazd, scharakteryzował przebieg obrad na Zjeździe, wykazując ich korzyść dla nauki, zaznaczył, że przez naukę prowadzi droga

do wolności, oraz przypomniawszy hasło, pod jakiem otworzył obrady: »Nauka polska dla armii polskiej«, zakończył swe przemówienie okrzykiem: »Niech żyje nauka polska i armia polska«.

W czasie Zjazdu oprócz zebrania koleżeńskiego na cześć gości w hotelu »Polonia«, na którem przemawiali: prof. Kryński, Dr Radziwiłłowicz, komendant Legionów Polskich generał Szeptycki, Dr Emil Bobrowski, Dr Jankowski z Lublina, Dr Zygmunt Kramsztyk, Dr Wernic, Dr Pawiński, Dr Szumlański i Dr Drozdowski, odbyło się przyjęcie uczestników Zjazdu w sali posiedzeń Rady miejskiej przez Magistrat Warszawy z burmistrzami Drzewieckim i Chmielewskim na czele, a w hotelu »Bristol« przyjęcie przez Marszałka koronnego Niemojowskiego, w którem uczestniczyli także członkowie Wydziału wykonawczego Rady Stanu i komendant Legionów Polskich, generał Szeptycki. W czasie przyjęcia tego przemawiał Marszałek koronny, członkowie Rady Stanu: Pomorski-Mikułowski i Łempicki, przewodniczący komitetu Zjazdu prof. Kryński, oraz Dr Stankiewicz, jako lekarz-weteran z r. 1863, Bobrowski i Stefanowski.

W drugim dniu Zjazdu przybył z Krakowa Dr Wacław Damski, prezes Krajowego Związku lekarzy, wiceprezes Izby lekarskiej, jako przedstawiciel tych korporacyi oraz Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Przyjechali też na Zjazd z Krakowa docent uniw. Dr Koźniewski, obecnie lekarz Legionów, Dr Michałowicz, Dr Oszacki.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 7. II. b. r. posiedzenie, na którem po złożeniu hołdu pamięci Dr Biegańskiego odbył się wykład prof. Piltza: O nerwicach wojennych i ich leczeniu, objaśniony przedstawieniem licznych chorych i zdjęciami kinematograficznemi. Dyskusyę odłożono.

Najbliższe posiedzenie odbędzie się d. 15. b. m. w klinice chorób wewnętrznych.

— Doc. Dr T. Janiszewski został przez Towarzystwo wyższych kursów naukowych w Warszawie zaproszony do wygłoszenia wykładów z dziedziny higieny w drugiej połowie b. m.

— W Zakopanem zawiązało się 3. II. b. r. Towarzystwo higieniczne. W zebraniu inauguracyjnem pod przewodnictwem Starosty nowotarskiego, uczestniczyli lekarze, duchowieństwo i nauczycielstwo. Do komisyi statutowej wybrano Dr Kraszewskiego, Kuczewskiego, Mischkego oraz dyrektora gimnazyum p. Jarosza.

— Dyplom doktorski uzyskała w Krakowie pp. Amalia Feilerówna z Krakowa.

— Ś. p. Dr Władysław Biegański został w r. 1914 wybrany członkiem Akademii Umiejętności w Krakowie. Z powodu wybuchu wojny zatwierdzenie jego wyboru, jako obcego poddanego, uległo zwłoce i dlatego fakt wyboru nie mógł być dotąd ogłoszony. Towarzystwa lekarskie polskie zaliczyły już oddawna Dr Biegańskiego do swych członków honorowych.

Lwów. W d. 20—22 II. 1917 odbędzie się we Lwowie Zjazd lekarzy wojskowych armii austryackich. Zgłoszenia udziału przyjmuje »Salubritätskommission des 2. A. K.«, poczta polowa Nr 240.

Warszawa. W Towarzystwie higienicznem warszawskiem odbyło się 7. b. m. uroczyste posiedzenie ku uczczeniu pamięci Dr Chełchowskiego. Działalność jego na różnych polach przedstawili: Wł. Jabłonowski, Dr A. Starkiewicz i przedstawiciel Macierzy szkolnej.

— Wszystkie dzielnicowe »Opieki sanitarne« obywatelskie w liczbie 23 złożyły urzędowanie z powodu ograniczenia ich samodzielności przez Delegacyę Wydziału zdrowia publicznego. (Gaz. lek. 5).

— Sekcya higieny szkolnej udzieliła w listopadzie i grudniu 1916 w swych ambulatoryach dla uczniów 2146 porad, oprócz 12.136 porad dentystycznych. Wykąpano 38.780 dzieci, zaszczepiono krowiankę 12.907 uczniom; lekarze szkolni odbyli 2.150 wizyt w 845 oddziałach, zbadali całkowicie 2.626, częściowo 7.002, zważyli i zmierzyli 3.931 uczniów. (Gaz. lek. 5).

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 15. lutego 1917 **punktualnie** o godzinie 6 wieczór **w klinice chorób wewnętrznych**. Na porządku dziennym: 1) Doc. Radliński: Przedstawienie chorych. 2) Prof. Krzyształowicz: Przedstawienie chorego. 3) Wykład prof. Latkowskiego: O leczeniu spraw zapalnych (z przedstawieniem chorych). 4) Dyskusya nad wykładami prof. Piltza i prof. Latkowskiego.

Doroczne Zgromadzenie Oddziału Jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się we wtorek d. 13. lutego b. r. o godzinie 6 wieczór w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Fechter. 2) Pogląd na obecne leczenie chorób wenerycznych z uwzględnieniem szpitali w Jarosławiu, kol. Fechter. 3) Odczytanie protokółu z poprzedniego zgromadzenia i sprawozdanie za rok 1916. 4) Wybór przewodniczącego, zastępcy i 3 członków Wydziału. 5) Wybór delegata i zastępcy na Walne zgromadzenie. 5) Wnioski członków.

Wydział Oddziału Jarosławskiego Tow. lek. gal.

Sekretarz: Dr Orłowski. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^{1}/_{2}$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 17. lutego 1917. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O leczeniu ran postrzałowych czaszki na stacyi opatrunkowej.

Podał

Dr Feliks Hahn,

komendant zakładu sanitarnego dywizyjnego.

(Wykład d. 26. I. 1916 na zgromadzeniu niemieckich i austryacko-węgierskich wojskowych lekarzy chirurgów niemieckiej armii południowej).

(Dokończenie).

3. V. J., zraniony 26/9 1915 około g. 1 popoł., do zakładu oddany 27/9. Stan obecny: Nieco poniżej lewego guza kości ciemieniowej rana, 4—5 cm długa, około $1^1/_2$ cm szeroka. Chory senny.

Operacya 27/9 o g. 2 popoł. w uśpieniu chloroformowem. Odłamek kostny 2 cm długi, 1 cm szeroki, wbity jakby klin w czaszkę. Rozszerzono otwór zapomocą dłuta i młota drewnianego. Wydobyto wklinowany odłamek kostny i kilka drobniejszych. Setonik gazowy. Szwy.

Przebieg: W dwu pierwszych dniach ciepłota dochodzi 37·7. 28/9 chory pije kawę, herbatę, oddaje mocz. 29/9 ciepłota r. 37·5, w. 38, tętno 90—96; 30/9 ciepłota r. 37·1, w. 37·5, tętno 80—82, zmiana opatrunku; 2/10 ciepłota jeszcze 38—37·7, tętno 92—90; chory ma się dobrze, zmiana opatrunku. 5/10 zmiana opatrunku. H_2O_2. Balsam peruwiański. Wyjęto szwy. Odtąd stan bezgorączkowy. 7/10 odwieziono chorego do szpitala polowego.

4. F. M., zraniony 11/10 1915, przywieziony 12/10. Stan obecny: W linii środkowej rana 8—10 cm długa, 3 mm szeroka. Ciepłota i tętno prawidłowe. Zupełna przytomność. Ze względu na dobry stan chorego zdecydowano się (po poprzedniej naradzie z lekarzami zakładu) odstąpić na razie od zabiegu chirurgicznego. 13/10 ciepłota 36·7, tętno 84, 14/10 c. 36·6—36·7, t. 60—54. Chory skarży się na ból w czole.

Operacya o g. 6·45 popoł. w uśpieniu chloroformowem. Ubytek kości 3—4 cm dług., 1—$1^1/_2$ cm szer. Odłamek wbity ku przodowi i ku prawej stronie. Rozszerzono ranę kostną i usunięto wklinowany odłamek, poczem nastąpiło krwawienie z zatoki żylnej. Tamponada gazą wyjałowioną. Zmniejszenie rany części miękkich kilku szwami. Infuzya rozczynu soli kuchennej. Tętno nitkowate, 117, poprawia się stopniowo, czasem jednak ustaje, taksamo i oddech. Dopiero od godz. 10 popoł. chory powoli i spokojnie oddycha.

Przebieg: 15/10 ciepł. 37·5, t. 102. Chory skarży się, że mu głowa cięży, pije trochę herbaty i koniaku. 16/10 c. 38·5—38, t. 92—90. Zmiana opatrunku. Krwotok się nie powtarza. Rana czysta. Do jamy wsunięto nieco luźnej gazy. 17/10—18/10 ciepłota do 38·6, tętno 96—92. Chory nieco nieprzytomny. 19/10 c. 38—38·3, t. 92—96, zmiana opatrunku. Stan podgorączkowy utrzymuje się dalej. 22/10 zmiana opatrunku. Balsam peruwiański. Odwieziono chorego do szpitala polowego z powodu opróżnienia zakładu.

Przypadek ten poucza, że mimo dobrego stanu chorego należało go operować jeszcze w dniu przybycia do zakładu, lub przynajmniej wykonać »cięcie rozpoznawcze«.

5. P. K., oddany do zakładu 17/10 1915. Kiedy został uszkodzony, niewiadomo. Stan obecny: Porażenie lewego nerwu twarzowego, kurcze i przeczulenia w ramieniu prawem. Chory nie oryentuje się, nie może odpowiadać na pytania, mówi od rzeczy. Na skrzyżowaniu linii środkowej ze szwem wieńcowym ubytek części miękkich długości 12—13 mm, a szerokości 4 mm.

Operacya 17/10 o g. 10 przedp., w uśpieniu chloroformowem (20 gr.). Otwór w kości nieco mniejszy, niż rana części miękkich. Oczyszczenie ogromnej jamy z odłamków kostnych i miazgi mózgowej. Sączek gazowy. Kilka szwów. Zwykły opatrunek.

Przebieg: 18/10 c. 36·7, t. 82. Chory nieprzytomny. 19/10 c. 37·2—37·5, t. 84—86. Chory przytomny, ma się dobrze. 20/10 c. 37·8—37·4, t. 88—89. Chory oszołomiony. Zmiana opatrunku. 21/10 c. 38·2—39, t. 92—102. Nieprzytomność. 22/10 odwieziony do szpitala polnego z powodu opróżnienia zakładu.

6. W. I., zraniony 9/11 1915 o godz. 1 popoł. Strzał padł z przodu, w odległości 500 m. Po uszkodzeniu nieprzytomność, a później wymioty. Przywieziony 10/11 o g. 2 popoł. Stan obecny: Wlot postrzału 8 mm szeroki, 3 cm długi, 2 cm za szwem wieńcowym i 2 cm na prawo od linii środkowej. Wylot takisam na linii środkowej, 3 cm za wlotem.

Operacya 10/11 o g. 6·30 popoł. Cięcie w kierunku kanału postrzałowego. Nieco za wlotem ubytek kostny 3—4 mm szeroki, 3—4 cm długi. Klinowato wbity odłamek kostny, jakoteż kilka drzazg kostnych, które się wbiły w mózg i w oponę twardą, usunięto po rozszerzeniu otworu.

Przebieg bezgorączkowy. 12/11 i 25/11 zmiana opatrunku. 22/11 odwieziono chorego do szpitala polowego.

7. T. A., zraniony szrapnelem 4/11 1915 popoł., przywieziony w nocy z 5/11 na 6/11. Stan obecny: Około 2 cm na prawo od środka górnego brzegu kości ciemieniowej wlot postrzału, długości 2—3 cm, a szer. 1 cm, podobny do rany szarpanej. Lewy nerw twarzowy, jakoteż lewa górna i dolna kończyna porażone. Obrzęk prawych powiek. Chory oddaje mocz i stolec prawidłowo.

Operacya 6/11 o g. 11·30 przedpoł. w uśpieniu chloroformowem (20 g). Otwór w kości około 15 mm długi, 1 cm szer. powiększono. Pocisk (połowę kuli szrapnelowej) znaleziono w głębokości około 4 cm w mózgu w pobliżu siodła kości klinowej. Usunięcie drzazg kostnych. Zmniejszenie rany części miękkich kilku szwami. Setonik z gazy wyjałowionej.

Przebieg: W pierwszych dniach ciepłota dochodzi do 38. 7/11 obrzęk powiek się zmniejsza. Chory ma się dobrze. 8/11 ciepłota 37·2—38, t. 92. 9/11 i 10/11 ciepłota nie przekracza 37·3. 10/11 od g. 6 rano do 11 przedpoł. bez przerwy drgawki toniczne i kloniczne w całym obrębie lewego nerwu twarzowego. 11/11 c. 36·8—37, t. 78—80. Porażenie nerwu twarzowego po części ustąpiło. Także na kończynach, zwłaszcza dolnej, zauważyć można lekkie polepszenie. Od 12/11 stan bezgorączkowy. 17/11 chory ma się dobrze. Ruchy lewej kończyny dolnej znacznie lepsze. Porażenie nerwu twarzowego ustąpiło zupełnie. 22/11 odwieziono chorego do szpitala polowego.

8. W. M., zraniony 3/11 o g. 4 popoł., przywieziony 4/11. Stan obecny: Postrzał styczny na lewym guzie czołowym, przebiegający poziomo. Obrzęk lewego oka. Chory niezupełnie przytomny.

Operacya 4/11 o g. 2 popoł. w uśpieniu chlorof. (25 g).

Przebieg bezgorączkowy. 5/11 obrzęk lewego oka znika, 6/11 operowany ma się dobrze, 10/11 obrzęk oka znikł zupełnie, 8/11, 12/11 i 17/11 zmiana opatrunku. 22/11 odwieziono do szpitala polowego.

9. I. J., zraniony 22/11, przywieziony 23/11. Stan obecny:

Wlot postrzału około 5 cm w tył od górnej nasady małżowiny usznej i 2—3 cm ku górze, wielkości soczewicy. Wylot w okolicy guza potylicznego, owalny, $^1/_2$ cm szeroki, $1^1/_2$ cm długi, o brzegach ku zewnątrz wywiniętych. Odległość wlotu od wylotu 4—5 cm. Ciepłota ciała i tętno prawidłowe. Chory blady.

Operacya 23/11: Odłamek, równoległy do powierzchni kości potylicznej, wielkości korony, wbity w części miękkie, tudzież kilka drzazg kostnych. W linii łączącej oba otwory postrzałowe nieregularny ubytek kostny, 3—4 mm szeroki, 2—3 cm długi. Usunięto tkwiące w mózgu i w oponie mózgowej drzazgi kostne. Jedna z nich przebiła zatokę, a po usunięciu jej nastąpił krwotok. Tamponada gazą. 3 szwy. Opatrunek.

Przebieg: 26/11 zmiana opatrunku. Ponowny krwotok. Tamponowanie. 27/11 i 28/11 bez zmiany. Tętno i ciepłota prawidłowe. 29/11 stan takisam. Odwieziono chorego do szpitala polowego z powodu opróżnienia zakładu.

10. N .G., zraniony 22/11 z tyłu, gdy pracował w okopach, 23/11 oddany do zakładu. Stan obecny: Na tyłogłowiu 6—8 cm długa, 4—5 mm szeroka, zygzakowata rana w kształcie bagnetu.

Operacya 23/11 w uśpieniu chloroformowem (12 g). Kość odsłonięta, chropowata, zresztą nietknięta. Wyrównano brzegi rany i zeszyto.

Przebieg prawidłowy. 29/11 oddano chorego do szpitala polowego.

Największą trudność sprawia w polu dokładne prowadzenie historyi chorób, szczególnie przy postrzałach czaszki zapisanie każdego objawu ze strony mózgu lub układu nerwowego, a jednak jest to rzeczą konieczną, zwłaszcza gdy jednocześnie większa liczba postrzałów czaszki jest w leczeniu.

Jakkolwiek co do operacyi kierujemy się głównie stanem miejscowym, to jednak nieraz przypadek, późno do nas przybyły, zmusi nas do natychmiastowego zabiegu operacyjnego z powodu zachodzących objawów uciskowych lub podrażnienia.

Jak wszędzie, tak i przy postrzałach czaszki nadzwyczaj ważny jest stan ciepłoty ciała i tętna, niemniej też uwzględnienie ogólnego stanu chorego.

U konających i w beznadziejnych przypadkach zaniechamy naturalnie zabiegu operacyjnego.

Na pytanie, jaki pocisk wywołał zranienie, nie zawsze może ranny odpowiedzieć, gdyż albo nie zwracał na to wcale uwagi, albo nie może dać żadnych wyjaśnień z powodu swego stanu. Także i odległość strzału bardzo rzadko można stwierdzić, a i wówczas tylko niedokładnie.

Jak łatwo przez samo oglądanie postrzałów czaszki można się mylić, okazuje się z następujących dwu przypadków, równocześnie przyjętych, a co do siedziby zranienia, wielkości i wejrzenia zupełnie jednakowych. Wszyscy lekarze zakładowi uważali tu żłobkowate (rynienkowate) rany części miękkich (nawet po ogoleniu) za zupełnie niewinne, a czaszkę samą za zupełnie nietkniętą. U obydwu rannych stan podmiotowy zupełnie dobry, ciepłota i tętno prawidłowe. »Cięcie rozpoznawcze« wykazało u jednego rannego tylko oderwanie okostnej i małe szorstkie miejsce na czaszce, u drugiego zaś silne wklinowanie odłamka kostnego, szerokości 5 mm, a długości 4 cm, po którego usunięciu ukazały się jeszcze dalsze odłamki i miazga mózgowa zmieszana z krwią.

Albo też następujący przypadek: Kula szrapnelowa pod skórą głowy. Nacięcie tylko tej długości, jakiej wymagało wyciągnięcie kuli z pod skóry, jeden szew, mały pasek gazy, opatrunek. Dopiero przy zmianie opatrunku spostrzeżono otwór kostny, który przedtem przeoczono.

Stanowi to również wskazówkę, by nawet przy bardzo niewinnie wyglądających postrzałach czaszki po wydatnem »cięciu rozpoznawczem« zbadać dokładnie uszkodzenie kości.

Dostatecznie wiadomą jest rzeczą, że nawet obmacanie (palpatio) często myli. Tak n. p. chodziło przy postrzałach tępych (Prellschüsse), prawie jednakowo wyglądających, w jednym przypadku tylko o krwiak, w drugim o silne podbiegnięcie krwawe, a w innym o wgniecenie kości.

Bardzo rzadko ma się sposobność operowania z powodu krwawienia tętnicy oponowej środkowej. W naszym dość licznym materyale mieliśmy dotychczas tylko raz sposobność uczynienia zadość temu wskazaniu.

Postrzały styczne (tangencyalne) tego rodzaju, jakie wymienia książka służbowa »N 16« jako wskazanie do zabiegu operacyjnego, nie są wcale tak »częste«, jak to dotychczas rozmaici autorowie przedstawiali. Natomiast nierzadkie są postrzały styczne o dość szerokim mostku. Takie postrzały jednak należy również bezwarunkowo jak najrychlej operować.

Przy przestrzałach (Durchschüsse) nie mogliśmy ani razu operować, albowiem przypadki takie dostawaliśmy przeważnie za późno.

W świeżych przypadkach nie będziemy naturalnie zwlekać z wykonaniem nacięcia rozpoznawczego przy wlocie i wylocie postrzału celem dokładnego zbadania i zastosowania odpowiedniego zabiegu

Sprawa aseptyki da się załatwić kilku słowami: Rozumie się samo przez się, że jeżeli chirurg nie ma do dyspozycyi aseptycznego lokalu, to nie przedsięweźmie zabiegu, wymagającego aseptyki.

Kwatermistrze naszego zakładu uważają zawsze za swój pierwszy obowiązek wyszukanie lokalu, w którymby można operować aseptycznie. Zanim jeszcze zakład przybywa na miejsce, najczęściej taki lokal jest już gruntownie wyczyszczony, odkażony, przewietrzony, wybielony i t. d., słowem zaraz po zainstalowaniu się zakładu przygotowany do aseptycznego operowania.

Do odkażenia rąk posługiwaliśmy się zawsze metodą Grossicha: Gruntowne mycie 1) gorącą wodą i wyskokowym rozczynem mydła (250 Spir. vini: 750 Sapo kalin.), ewentualnie zwykłem mydłem przy pomocy wygotowanej szczotki — przez 10—15 minut, 2) spirytusem jodowym (1 Jodi, 500 Spir. vin. conc.) przez 2—3 minut.

Pole operacyjne oczyszcza się po ogoleniu czystą benzyną lub benzyną jodową (1 jodu: 500 benzyny), poczem pędzlujemy je nalewką jodową. Następnie otacza się pole operacyjne odkażonymi kompresami i ponownie się jodynuje. Do przymocowania gazy w otoczeniu pola operacyjnego nadaje się także mastisol.

Posługiwanie się różnego rodzaju rękawiczkami przy operacyi jest rzeczą upodobania; jednakże, mojem zdaniem, nie dają widocznej korzyści, a często nawet są tylko przeszkodą.

Narzędzia i materyał opatrunkowy wyjaławia się naturalnie tuż przed operacyą.

Czy należy zastosować znieczulenie miejscowe, czy też chloroformowe, zależy od rozmaitych okoliczności, jak n. p. od przypuszczalnego czasu trwania operacyi, od ogólnego stanu rannego i t. p. Gdzie n. p. z góry nie można przewidzieć, czy większy zabieg będzie potrzebny, można wykonać »cięcie rozpoznawcze« w znieczuleniu miejscowem, a w razie potrzeby operacyę samą w uśpieniu chloroformowem. Przy dłużej trwających operacyach uśpienie ogólne jest konieczne, gdyż umożliwia spokojną pracę i zapobiega niepokojowi ze strony chorego.

Co do użycia narzędzi, nie można podawać ogólnych reguł. Chociaż bowiem lepsze są nożyce kostne Dalgreena, Luera i t. d., niż dłuta, — już dla uniknięcia t. zw. »zakuwania« (»verhämmern«) — to jednak jest wiele przypadków, w których operacya musi się rozpocząć dłutem i młotkiem, przyczem lepszy jest lekki drewniany młotek, niż ciężki metalowy.

Badanie palcem jest stanowczo najlepszym i najpewniejszym środkiem, by w przybliżeniu stwierdzić rozmiary uszkodzenia i wykazać odłamki, drobne drzazgi, lub pocisk.

Payr [15]) posługuje się do szukania drobniutkich odłamków zgłębnikiem grubości druta, używanego do strzykawki »Rekord« i wyjmuje następnie odłamki delikatnemi szczyp-

---

[15]) M. m. W. 1915, Nr 16.

czykami. Läwen[16]) używa w tym celu cienkiego zgłębnika z główką. G. Perthes[17]) zaś zaleca wązką blaszkę cynkową, przymocowaną do palca zapomocą tasiemki gumowej jako »szczypczyki palcowe« (Fingerzange).

Przy postrzałach ślepych (Steckschüsse) należy łatwo dostępne pociski wyciągać, a głęboko tkwiące zostawić w spokoju. Bier[18]) radzi przy takich postrzałach obrócić chorego na stronę wlotu postrzału i pukać w czaszkę, »wtedy pocisk sam z czaszki wypadnie«.

Tamponada rany mózgu jest w ogólności zarzucona; natomiast polecone przez v. Oettingena i zawsze przez nas stosowane wprowadzenie aseptycznego sączka z gazy okazuje się zabiegiem bardzo stosownym. Podrażnienia mózgu nigdy przytem nie zauważono. Należy się wystrzegać płynów odkażających. Zapomocą gazy można zanieczyszczenia a nawet drobniutkie odłamki kostne bardzo łatwo usunąć. W kilka dni po operacyi można zapobiegawczo zwilżyć jamę gazą, zamoczoną w rozczynie H_2O_2. Jeżeli rana nie jest czysta, można także z dobrym skutkiem zastosować balsam peruwiański w niewielkich ilościach. Niektórzy, n. p. Wilms[19]), przepłukują ranę rozczynem soli kuchennej.

Plastycznych operacyi nie powinno się wykonywać pierwotnie, natomiast nadaje się bardzo dobrze sposób R. Freya[20]) pierwotnego pokrycia otworu w kości celem zapobieżenia wypadnięciu mózgu.

Po wykonaniu zabiegu chirurgicznego należy z przewozem operowanego ile możności długo czekać. Skoro się zakład sanitarny posuwa naprzód, zostawiamy przy operowanym lekarza i niezbędnie potrzebny personal sanitarny i t. d. aż do przybycia szpitala polowego. Przy cofaniu się zaś może nastąpić przedwczesny przewóz tylko w wyjątkowych przypadkach, n. p. gdy nieprzyjaciel nie uwzględnia przepisów konwencyi genewskiej i t. p. W takim razie jest dla operowanego, zaopatrzonego w dobry opatrunek podpierający (Stützverband), przewóz mniej niebezpieczny, niż dla nieoperowanego. Dla pozostającego w zakładzie opatrunek taki jest zbyteczny. Zakładamy po operacyi tylko opatrunek zwykły, tembardziej, że zachodzi zwykle konieczność częstej rewizyi rany (czasem nawet codziennie).

Przeglądając najnowszą literaturę wojenną, przekonaliśmy się, że poglądy największej liczby autorów zgadzają się z naszemi doświadczeniami: Tak n. p. zaleca lek. pułk. Christian[21]) szybki zabieg chirurgiczny także w tych przypadkach, w których niema żadnych objawów mózgowych, »gdyż tylko przez gruntowne debridement można zapobiedz zakażeniu«. H. Flörcken[22]) ograniczał się początkowo do zwykłych operacyi głowy, wkrótce jednak operował »wszystkie postrzały czaszki, nawet z rozległem spustoszeniem«. Schmieden[23]) doradza operować przestrzały, jeżeli przy wlocie i wylocie znajduje się miazga mózgowa. v. Eiselsberg[24]) jest tego zdania, że »postrzały styczne należy wszystkie operować, przestrzały zaś tylko wyjątkowo«. Hosemann[25]), mimo niekorzystnych warunków, wśród jakich stacya opatrunkowa była zainstalowana, badał prawie każdy postrzał czaszki, przeważnie po odsłonięciu uszkodzenia zapomocą cięcia rozszerzającego. Enderlen[26]) wyraża zdanie, że »należy zasadniczo każdą ranę czaszki zrewidować, gdyż przez wczesną operacyę usuwamy także zakażenie następowe«. Göbel[27]) operuje obecnie z powodu początkowych przykrych doświadczeń każdy postrzał czaszki ile możności jak najrychlej.

Wnioski:

1) Zalecamy jak najszybszy, a przytem o ile tylko można ostrożny przewóz wszystkich przypadków postrzałów czaszki ze stacyi pierwszej pomocy (Hilfsplätze, w Niemczech Truppenverbandplätze) do stacyi opatrunkowej (Verbandplatz, w Niemczech: Hauptverbandplatz) dywizyjnego zakładu sanitarnego (Divisionssanitätsanstalt, w Niemczech: Sanitätskompagnie) przy równoczesnem telefonicznem jego zawiadomieniu.

2) W zakładzie dywizyjnym należy, przyjmując z góry, że posiada wyszkolonych chirurgów, w każdym razie dbać o urządzenie aseptycznego lokalu operacyjnego.

3) Tu należy jak najdokładniej zbadać uszkodzenie czaszki przy pomocy »cięcia rozpoznawczego« i postąpić stosownie do stwierdzonego stanu.

4) Przewóz po operacyi może nastąpić dopiero wtedy, gdy chory uzyskał zdolność do przewozu, a mianowicie dopiero po 7—10 dniach.

[16]) M. m. W. 1915, Nr. 17.
[17]) M. m. W. 1915, Nr. 49.
[18]) M. m. W. 1915, Nr. 16.
[19]) M. m. W. 1915, Nr. 42.
[20]) M. m. W. 1915, Nr. 1.
[21]) W. m. W. 1915, Militärarzt Nr. 7.
[22]) M. m. W. 1915, Nr. 7.
[23]) M. m. W. 1915, Nr. 1.
[24]) M. m. W. 1915, Nr. 16.
[25]) M. m. W. 1915, Nr. 13.
[26]) M. m. W. 1915, Nr. 16.
[27]) M. m. W. 1915, Nr. 16.

Udział lekarzy naszych XIX stulecia w odrodzeniu Polski.

(Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem 29. listopada 1916).

Napisał

Prof. Dr Adam Wrzosek.

(Dokończenie).

Odmiennym od Chałubińskiego typem psychicznym był Józef Dietl, który również odegrał dużą rolę zarówno w nauce, jak i w życiu społeczno-politycznem. Obaj oni odznaczali się znakomitemi zdolnościami, z tą atoli różnicą, że u Chałubińskiego uczucie wysuwało się na pierwszy plan, a u Dietla rozwaga. Gdy przerzucamy kartki życiorysów obu tych, dobrze Polsce zasłużonych mężów, uderza nas wiele podobnych rysów zarówno w umysłowości ich, jak i w kolejach ich życia. Obaj pochodzili z niezamożnych rodzin mieszczańskich; obaj w młodości przechodzili twardą naukę życia, walcząc z niedostatkiem; obaj posiadali niepospolite zdolności umysłowe; obaj z zapałem oddawali się nie tylko studyom nauk lekarskich, lecz także nauk przyrodniczych; obaj odznaczali się niezwykłą pracowitością; obaj mieli umysł wysoce krytyczny; obu zajmowały nader żywo zagadnienia wychowawcze; obaj zasłynęli jako znakomici lekarze i niezrównani profesorowie; obaj byli czynni na niwie pracy społecznej; obu spotkał jednakowy los: Chałubińskiego usunął z katedry, wbrew jego woli, rząd rosyjski, — a toż samo uczynił z Dietlem rząd austryacki; obaj wreszcie położyli duże zasługi na polu piśmiennictwa lekarskiego, z tą różnicą, że Dietla dorobek na tem polu znacznie przewyższa dorobek Chałubińskiego.

Dietl rozpoczął swoją pracę publiczną w kraju późno, bo dopiero w 47 roku swego życia, przyjechawszy z Wiednia do Krakowa, aby objąć kierownictwo kliniki lekarskiej po profesorze Brodowiczu. W Uniwersytecie Jagiellońskim zapisał swoją działalność, jako profesor, dziekan i rektor, niezatartemi zgłoskami. Usunięty z katedry, na duchu nie upada, lecz owszem ze zdwojoną energią pracuje dla nauki i kraju. Będąc członkiem Towarzystwa naukowego krakowskiego, przyczynia się do utworzenia w łonie tego Towarzystwa komisyi balneologicznej, w której bierze bardzo czynny udział. Pracuje nader gorliwie i owocnie około podniesienia zdrojowisk krajowych. Gdy powstała Akademia Umiejętności w Krakowie, Dietl zostaje dyrektorem Wydziału matematyczno-przyrodniczego i zastępcą prezesa Akademii. Na polu politycznem odgrywa także niepoślednią rolę jako poseł sejmowy i członek Rady państwa. Pragnąc uświada-

miać włościan w ważnych sprawach politycznych i społecznych, pisze dla nich książeczki popularne. Dbając wielce o podniesienie szkolnictwa, napisał dzieło »O reformie szkół krajowych«. Gdy w roku 1866 został wprowadzony w Krakowie samorząd gminny, Dietl, który wówczas nie był już profesorem, zostaje pierwszym autonomicznym prezydentem dawnej stolicy Polski. Widząc przed sobą obszerne pole pracy dla miasta i pragnąc mu poświęcić wszystkie siły, składa mandat zarówno do Sejmu, jak i do Rady państwa. Jako burmistrz Krakowa zakreśla sobie duży plan działania, dążąc: do należytego urządzenia i uporządkowania ulic, do zaprowadzenia kanalizacyi i wodociągów, do wystawienia nowych budynków szkolnych, do założenia przytułku dla starców i kalek, do wybudowania nowej rzeźni miejskiej, odpowiadającej wymaganiom zdrowotnym, do postawienia tanich mieszkań dla niezamożnej i biednej ludności, do zorganizowania odpowiadającej potrzebie straży pożarnej i służby czyszczenia miasta, do rozszerzenia ratusza i do gruntownego odnowienia prastarych Sukiennic. W czasie siedmioletnich rządów swoich nie wszystkie z zamierzonych rzeczy mógł doprowadzić do skutku, bo na to nie siedmiu lat potrzeba było, lecz bez porównania dłuższego czasu. Czego sam dokonać nie zdążył, to zrobili jego następcy, mając wytkniętą przez niego drogę. Jako prezydent Krakowa rozwijał również Dietl znaczną działalność dobroczynną, przeznaczając większą część swojej płacy na fundacye i zapomogi. Utworzył fundacyę na wsparcie podupadłych rzemieślników krakowskich, założył fundusz pożyczkowy dla rzemieślników, dał zapomogę dla uczniów szkoły przemysłowej. Był on wzorem gospodarza wielkiego miasta, był wzorem uczonego i wzorem profesora [6]).

Jednocześnie z Dietlem i Chałubińskim wypłynął na szerszą widownię działalności społecznej Wiktor Szokalski, znamienity okulista. Jako student medycyny Uniwersytetu warszawskiego brał udział w powstaniu listopadowem, niosąc pomoc rannym i chorym. Ozdobiony za ofiarną pracę krzyżem virtuti militari, przeniósł się po upadku powstania do Niemiec, gdzie ukończył studya lekarskie. Nie mogąc wrócić do kraju, osiadł we Francyi i tam zasłynął jako biegły lekarz. Uzyskawszy pozwolenie powrotu do Polski, przyjechał do Warszawy w r. 1853; a lubo liczył już wówczas piąty krzyżyk, wziął się z iście młodzieńczym zapałem do pracy. Jako naczelny lekarz Instytutu oftalmicznego w Warszawie położył na tem stanowisku wielkie zasługi. Jego to głównie staraniem powstał nowy, wzorowo urządzony gmach tego instytutu. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem rozwinął Szokalski wszechstronną działalność, przyczyniając się wielce do ożywienia ruchu naukowego. Jego również w znacznej mierze zasługą jest założenie »Kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po nich pozostających«, tej bardzo pożytecznej instytucyi, pod którą grunt przygotowali byli Andrzej Janikowski i Helbich. Dzięki niestrudzonym zabiegom i staraniom Szokalskiego rozwijające się coraz lepiej Towarzystwo lekarskie warszawskie posiadło własną siedzibę, na którą fundusz zapisał był zacny lekarz warszawski, Jan Bącewicz. Nie mniej owocną działalność rozwijał Szokalski na katedrze profesorskiej, zrazu w Akademii medyko-chirurgicznej, a potem w Szkole Głównej, — do końca jej istnienia. Usunięty z katedry razem z Chałubińskim, rąk nie założył, lecz z niestygnącym zapałem do końca życia gorliwie i pożytecznie pracował. Nie wiem, czy wielu lekarzy polskich mogłoby się pochlubić tak obfitym dorobkiem naukowym, jak Szokalski. Bo też był to człowiek wyjątkowej pracowitości. Napisał kilka obszernych dzieł i około 200 rozpraw i artykułów naukowych. Odznaczał się nie tylko niesłychaną pracowitością, lecz i wyjątkową umiejętnością rozporządzania swym czasem. Na wszystko znajdował czas: i na sumienne spełnianie obowiązków lekarskich, i na wybitną działalność profesorską, i na zakładanie czasopism naukowych, i na przewodniczenie w sekcyi przyrodniczej Towarzystwa ogrodniczego warszawskiego, i na twórczą pracę naukową, i na współudział w organizowaniu tak ważnej instytucyi publicznej, jak Kasa imienia Józefa Mianowskiego, i na zajmowanie się budowaniem okazałego domu Towarzystwa lekarskiego w Warszawie, i na robienie planów wewnętrznego urządzenia Instytutu oftalmicznego, i na bardzo wiele innych rzeczy. A ta niezwykła pracowitość bynajmniej nie przytłumiała w nim inicyatywy oraz świeżości myśli [7]).

W czasach, w których Szokalski rozwijał niestrudzoną działalność w Warszawie, pracował tam również, wybijając się na czoło lekarzy tamtejszych, — Ludwik Natanson. Przyczynił się on w dużej mierze do rozbudzenia ruchu naukowego wśród lekarzy naszych, założywszy w r. 1847 »Tygodnik lekarski«. Jego inicyatywie zawdzięcza swoje założenie Szkoła rzemiosł w Warszawie. Był on współzałożycielem Muzeum przemysłowego. Brał wreszcie niemały udział w budowie domów z taniemi mieszkaniami robotniczemi [8]). Jednem słowem, był to człowiek szerokiej inicyatywy, dużych zdolności organizatorskich i silnej woli w doprowadzaniu do skutku zamierzonych przedsięwzięć.

Podobną działalność społeczną, jak Natanson w Warszawie, rozwijał Adryan Baraniecki w Krakowie. Była to postać zgoła nie zwykła, zwłaszcza w Polsce, gdzie ludzi tego pokroju, co Baraniecki, spotyka się niestety nie często. Baranieckiego możnaby scharakteryzować krótko jednem zdaniem: był to mądry inicyator, wytrwały organizator i człowiek niezwykle ofiarny. Po ukończeniu studyów medycznych w Moskwie udał się w celu dalszego kształcenia się do Paryża, gdzie w r. 1858 założył Towarzystwo lekarzy polskich. Wróciwszy w r. 1859, po dwuletnim pobycie w Paryżu, do Jarmoliniec, rodzinnej miejscowości na Podolu, zyskał sobie rychło sławę biegłego lekarza. Nie wystarczało mu to jednak. Pełen ducha przedsiębiorczości zajmuje się nie tylko niesieniem pomocy chorym, lecz również krzewieniem oświaty, piastując urząd obywatelski kuratora szkół ludowych. W tymże roku, w którym osiadł w Jarmolińcach po powrocie z zagranicy, zawiązuje Towarzystwo lekarzy podolskich z siedzibą w Kamieńcu. W r. 1864, zmuszony opuścić rodzinne strony, wyjechał do Londynu. Marząc o pracy dla kraju i w kraju, powziął, będąc na emigracyi, myśl podniesienia przemysłu domowego w Polsce i udoskonalenia go w kierunku artystycznym. Z myślą tą zwiedza wystawy europejskie i zakupuje przedmioty, które mogą służyć za wzory do wyrobów i wywrzeć wpływ na kierunek rozwoju naszego przemysłu domowego. Osiadłszy w r. 1868 w Krakowie, już jako człowiek czterdziestoletni, pełen doświadczenia życiowego, przystępuje niebawem do założenia Muzeum techniczno-przemysłowego, którego zaczątkiem stają się przedmioty, nabyte przez Baranieckiego zagranicą. Zbiory Muzeum, dzięki zdolnościom organizatorskim swego założyciela i ofiarności społeczeństwa, zaczęły szybko wzrastać. Baraniecki ofiarował je miastu. Muzeum techniczno-przemysłowe istnieje po dziś dzień i rozwija się świetnie. Jest to piękny pomnik obywatelskiej działalności skromnego lekarza. Lecz na tem nie kończą się zasługi Baranieckiego. Dbały o oświatę, staje się przodownikiem wyższego wykształcenia niewiast w Polsce, zakładając wyższą szkołę żeńską przy Muzeum techniczno-przemysłowem. Placówka ta dotychczas istnieje w Krakowie pod nazwą Kursów wyższych dla kobiet imienia Baranieckiego. Baraniecki był również inicyatorem Zjazdów naukowych lekarzy i przyrodników polskich, tudzież wystaw przyrodniczo-lekarskich [9]). I w tej mądrej inicyatywie szczęście dopisało Baranieckiemu, albowiem Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich, które odbywają się co kilka lat, mają już piękną kartę w dziejach rozwoju nauk lekarskich i przyrodniczych w Polsce.

Baraniecki jest jaskrawym dowodem tego, że cicha, skromna praca może przynieść nader obfite owoce, jeśli jest rozumną, wytrwałą, ofiarną i gorącą miłością ojczyzny owianą.

Do szeregu wybitnych ludzi u nas w XIX stuleciu, którzy rzetelnie przysłużyli się kulturze polskiej, a przez to przyczynili się do odrodzenia narodowego, należy niewątpliwie zaliczyć Józefa Majera, który przez 44 lata był profesorem na Wydziale lekarskim w Uniwersytecie Jagiellońskim. Po ukończeniu nauk lekarskich na samym początku 1831 roku, wstąpił on do wojska polskiego, gdzie pełnił służbę najpierw jako lekarz batalionowy, a potem jako lekarz sztabowy. W r. 1833 został profesorem farmakodynamiki, a w piętnaście lat potem profesorem fizyologii. Na tem stanowisku, z małą przerwą, przetrwał aż do ustąpienia z uniwersytetu w r. 1877. Przerwa w wykładach fizyologii nastąpiła w okresie germanizacyi Uniwersytetu Jagiellońskiego od r. 1854 do 1860. Wówczas musiał Majer ustąpić z katedry fizyologii, ponieważ wraz z profesorem anatomii, Antonim Kozubowskim, nie zgodził się wykładać po niemiecku, stojąc niewzruszenie na stanowisku, że w polskim uniwersytecie należy wykładać tylko po polsku. W czasie germanizacyi Uniwersytetu wykładał Majer po polsku antropologię, przedmiot drugorzędny

---

[6]) Józef Oettinger: Józef Dietl. 1878. (Odbitka z Przeglądu lekarskiego).
Dr W. Ściborowski: Wspomnienie o ś. p. Józefie Dietlu. Kraków 1878.

[7]) Adam Wrzosek: Życiorys W. Szokalskiego na czele jego Pamiętników, których druk z powodu wojny został przerwany.

[8]) Józef Jaworski: Cechy charakterystyczne działalności społecznej lekarzy Polaków w minionem stuleciu. (Gazeta lekarska 1912).

[9]) Dr A. Kwaśnicki: Dr Adryan Baraniecki. (Przegląd lekarski 1891, Nr 43).

na Wydziale lekarskim; atoli na katedrę fizyologii powrócił, skoro tylko język polski odzyskał w Uniwersytecie krakowskim zupełne prawo obywatelstwa. Majer położył nie tylko istotne zasługi na polu naukowem, lecz również jako rektor Uniwersytetu w czasie czterokrotnego sprawowania tego urzędu, który, zwłaszcza w latach od 1848 do 1851, kiedy to Majer trzy lata z rzędu dzierżył berło Uniwersytetu, nie był bynajmniej łatwym. Nie mniejsze zasługi ják w Uniwersytecie, położył Majer w Towarzystwie naukowem krakowskiem, któremu przewodniczył, tudzież w Akademii Umiejętności, której był pierwszym i zarazem długoletnim prezesem.

Gdy mowa o lekarzach, którzy byli dzielnymi organizatorami, nie można nie wspomnieć o Henryku Hoyerze, twórcy pierwszej w Warszawie pracowni fizyologii, a także pierwszej pracowni histologii, świetnie przezeń przez długi czas prowadzonej; dalej o Girsztowcie, zasłużonym około rozwoju piśmiennictwa lekarskiego; niemniej o Henryku Jordanie, założycielu słynnego parku w Krakowie tudzież warsztatów rzemieślniczych dla młodzieży szkolnej; wreszcie o Macieju Jakubowskim, twórcy szpitala dla dzieci w Krakowie i kolonii letnich w Rabce.

Wszyscy ci lekarze-organizatorowie rozwijali swoją działalność w dużych miastach; większość z nich zajmowała wysokie stanowiska społeczne, co im niewątpliwie pracę bardzo ułatwiało. Atoli nie tylko w dużych miastach, stojąc na świeczniku społeczeństwa, można rozwijać bardzo doniosłą i w owoce bogatą działalność społeczną. Za dowód tego może służyć lekarz prowincyonalny, Teofil Rzepnikowski, który wkrótce po otrzymaniu dyplomu doktorskiego w Berlinie, osiadł w r. 1868 w Lubawie w Prusach Zachodnich. Tam zajmował się nie tylko praktyką lekarską, lecz i organizowaniem życia społecznego. Założył Towarzystwo rolnicze; przyczynił się do powstania Towarzystwa przemysłowego. Największą atoli jego zasługą było założenie na zasadach Schultze-Delitscha kasy pożyczkowej, którą tak umiejętnie kierował, że w dwanaście lat po jej założeniu obrót jej wynosił około 4 milionów marek [10]).

Mniemam, że przykładów, wyżej przytoczonych, wystarczy, aby uzasadnić twierdzenie, że lekarze polscy w XIX stuleciu znakomicie przyczynili się do zorganizowania życia społecznego we wszystkich dzielnicach Polski.

Do działalności społecznej lekarzy należy niewątpliwie również ich działalność dobroczynna. Już sam zawód lekarski zawiera w sobie wiele pierwiastków filantropijnych. Czyż bowiem nie jest ofiarną codzienna praca wielu lekarzy, którzy niosą pomoc ubogiej ludności, nie bacząc na wynagrodzenie? Budująca jest zwłaszcza ofiarność tych lekarzy, którzy, odmawiając sobie wielu rzeczy, skrzętnie i z zaparciem się zbierają ciężko zapracowany grosz, aby przeznaczyć go na cele publiczne. Z dumą podnieść możemy, że Polska w XIX stuleciu wydała wielu takich lekarzy.

Znany lekarz wileński Jakób Szymkiewicz, bardzo czynny w słynnem Towarzystwie Szubrawców, zapisał włościanom wszystkie grunta w majątku swoim Tankiele; utworzył stypendya; przeznaczył duży fundusz na cele dobroczynne [11]).

Jan Lernet podarował Liceum Krzemienieckiemu bogaty księgozbiór i zapisał 250.000 złp. na stypendya dla uczniów tejże szkoły [12]).

Józef Szteyn, lekarz w Lublinie, ufundował kosztem 60.000 złp. dwa stypendya dla uczniów medycyny w Uniwersytecie warszawskim, a nadto przeznaczył pewien fundusz na szpitale i Towarzystwo dobroczynności w Lublinie [13]).

Jan Bącewicz (1799—1864) porobił liczne zapisy na cele dobroczynne, między innymi na Kasę wsparcia dla wdów i sierot pozostałych po lekarzach, tudzież na wybudowanie domu dla Towarzystwa lekarskiego warszawskiego [14]).

Józef Jakubowski (1796—1866), profesor Wszechnicy Jagiellońskiej, swoją płacę profesorską przeznaczył na utworzenie wieczystej fundacyi w celu nagradzania najlepszych prac na tematy, podane przez Wydział lekarski w Krakowie [15]).

Feliks Jabłoński (1816—1867) majątek, którego się dorobił praktyką lekarską, zapisał Kasie wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach [16]).

Antoni Maleszewski (1810—1873) zrobił zapis na ten sam cel, a nadto ufundował w Uniwersytecie warszawskim stypendyum dla studentów medycyny [17]).

Seweryn Gałęzowski (1801—1878), niegdyś profesor chirurgii w Uniwersytecie Wileńskim, a po powstaniu listopadowem emigrant, wielce zasłużony opiekun szkoły polskiej w Paryżu, utworzył w Akademii Umiejętności w Krakowie stypendyum imienia braci Śniadeckich [18]).

Aleksander Kremer (1813—1880), założyciel Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i pierwszy jego przewodniczący, ofiarował Akademii Umiejętności fundusz w celu poparcia jej działalności wydawniczej [19]).

Ludwik Lachowicz (1811—1880), wzięty chirurg wileński, cały swój majątek, wynoszący około 60.000 rb., zapisał na stypendya dla studentów medycyny Polaków i Towarzystwu dobroczynności w Wilnie [20]).

Drugi lekarz tego nazwiska, Antoni Lachowicz (1831—1882), pochodzący z Tarnowa, również cały swój majątek, około 100.000 złr., przeznaczył na cele publiczne [21]).

Znany lekarz warszawski Adam Helbich (1796—1881) ofiarował dość znaczny fundusz Kasie wsparcia wdów i sierot po lekarzach [22]).

Zasłużony Henryk Jordan (1842—1907) utworzył dziesięć stypendyów dla uczniów gimnazyum polskiego w Cieszynie [23]).

Michał Zieleniewski, wielce zasłużony na polu balneologii polskiej, połowę znacznego majątku zapisał na zaopatrzenie szpitali krakowskich w dobrą wodę (wodociągową) i utworzył fundusz nagród za prace balneologiczne.

Główną część funduszów dla wdów i sierot Towarzystwa lekarzy galicyjskich stanowią kroćiowe zapisy doktorów Jasińskiego, Głowackiego i Łukasa, którzy cały swój majątek, zebrany ciężką pracą, na ten cel przeznaczyli.

Znamienną jest rzeczą dla wielu naszych lekarzy-filantropów ich serdeczne przywiązanie do swego zawodu, czego dowód składali, robiąc często zapisy na rzecz kas wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach. Drugą znamienną cechą przeważnej części naszych lekarzy-filantropów jest pochodzenie ich z niezamożnych rodzin. Byli to, z nielicznymi wyjątkami, w młodości biedacy, skazani na walkę, nieraz bardzo ciężką, z niedostatkiem. Wzruszającą nad wszelki wyraz rzeczą jest, gdy taki biedaczyna, uciuławszy ciężką pracą majątek, przekazuje go dalszym pokoleniom z myślą o Polsce i z wiarą w jej przyszłość. Takim szlachetnym marzycielem, dzielnym kraju obywatelem był Walenty Stańczukowski (1807—1874). W latach szkolnych ciężko borykał się z biedą. Po powstaniu listopadowem, w którem brał udział jako lekarz wojskowy, osiadł na prowincyi, zrazu w Pyzdrach, a potem w Kaliszu, gdzie przez 42 lata zajmował się praktyką lekarską. Umarł w r. 1874. W testamencie zapisał 80.000 złp. na cele dobroczynne z zastrzeżeniem, aby nie naruszano ani kapitału, ani odsetek w ciągu 120 lat, dopóki fundusz nie urośnie do trzydziestu milionów [24]). Piękny to zapis, podyktowany miłością przyszłych pokoleń; piękny i rozumny, bo naród trwać i rozwijać się może tylko wówczas, jeżeli ci, co nim kierują, co mu przodują i co cegiełki na jego budowę składają, czynią to wszystko nie tylko z myślą o teraźniejszości, lecz i o przyszłości, nawet odległej, wierząc głęboko w żywotność swego narodu.

Nie brak było wśród naszych lekarzy natur bujnych, które odznaczyły się na zgoła różnych polach działalności. Do ludzi takich, obdarzonych wielostronnemi zdolnościami, należał Jędrzej Śniadecki, chemik, fizyolog, lekarz i satyryk. Wybornymi swemi artykułami satyrycznymi, drukowanymi w Wiadomościach brukowych, organie Towarzystwa Szubrawców, przyczynił się on niezawodnie do poprawy ówczesnych obyczajów.

Bujną również naturą był Władysław Matlakowski, chirurg pierwszorzędny, lekarz niezmiernie ofiarny, zasłużony badacz budownictwa i sztuki ludowej na Podhalu, tłumacz Hamleta Był to człowiek wielkich zdolności i wielkiej pracy, nie ustający w niej nawet wówczas, gdy śmiertelna niemoc przykuła go do łoża. Na schyłku życia, które przedwcześnie zgasło, mógłby powtórzyć o sobie strofę Słowackiego:

---

[10]) Kośmiński: Słownik lekarzów polskich. Warszawa 1883–5.
[11]) Kośmiński o. c.
[12]) Kośmiński o. c.
[13]) Kośmiński o. c.
[14]) Kośmiński o. c.
[15]) Kośmiński o. c.
[16]) Kośmiński o. c.
[17]) Kośmiński o. c.
[18]) Kośmiński o. c.
[19]) Kośmiński o. c.
[20]) Kośmiński o. c.
[21]) Kośmiński o. c.
[22]) Kośmiński o. c.
[23]) J. Jaworski l. c.
[24]) Kośmiński o. c.

»Los mnie już żaden nie może zatrwożyć —
Jasną do końca mam wybitą drogę.
Ta droga moja: żyć, cierpieć i tworzyć.
To wszystko czynię, a więcej nie mogę«.

Lekarze nasi w XIX stuleciu nie tylko położyli niespożyte zasługi na polu organizowania życia społecznego w Polsce, nie tylko ofiarnością swoją zadokumentowali troskę o dobro społeczeństwa i przyszłych jego pokoleń, lecz przedewszystkiem na polu naukowem oddali wielkie usługi kulturze polskiej. Nazwiska Jędrzeja Sniadeckiego, Marcelego Nenckiego, Henryka Hoyera, Mayzla, Piotrowskiego, Majera, Nawrockiego, Kopernickiego, Teichmanna, Szokalskiego, Dietla, Bierkowskiego, Chałubińskiego, Dunina, Pieniążka, Biernackiego, Wicherkiewicza, Biegańskiego,— że wymienię tylko tę małą cząstkę wybitnych lekarzy polskich, na polu naukowem najzasłużeńszych, — świadczą dobitnie, że lekarze nasi przyczynili się w niemałej mierze do dorobku duchowego Polski.

A jeżeli mimo niekorzystnych warunków pracy, nieraz arcy-uciążliwych, aż tylu lekarzy naszych pracowało owocnie nad odrodzeniem narodu, kładąc pracą swoją podwaliny pod lepszą jego przyszłość, to tuszyć sobie możemy, że w wieku XX, w którym stoimy na progu niepodległości Polski, praca ta będzie stokroć wydatniejsza, bo jak człowiekowi do życia potrzebne jest powietrze, tak narodowi wolność, bez której tylko wegetować lub co najwyżej ułomnie rozwijać się może.

Z uczuciem szczerej radości stwierdzić możemy, że było wielu lekarzy w szeregach mężów, którzy Polskę od ruiny ochraniali i na czcigodnych jej fundamentach wciąż nowe gmachy wznosili. Pracowali oni dla przyszłych pokoleń. My, którzy jesteśmy uczestnikami dobrodziejstw ich pracy, co oglądamy świt wolności, którego im doczekać nie było danem, winniśmy im cześć i wdzięczność głęboką.

Oceny i sprawozdania.

Dr Stanisław Serkowski. **Przyrost naturalny ludności, jako zagadnienie higieny socyalnej.** Warszawa 1917, stron 184. (97 tablic statystycznych). Wydawnictwo Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy.

Wojenne wyludnienie i selekcya ujemna[1]) obudziły we wszystkich wojną dotkniętych krajach cywilizowanych żywy ruch zarówno wśród ekonomistów i statystyków, zajmujących się sprawą ruchu ludności, oraz lekarzy, pracujących w zakresie higieny społecznej, jak i w sferach, stojących u steru rządu i kierujących całą polityką zaludnienia i polityką ekonomiczną. Ruch ten ma na celu obmyślenie i wprowadzenie w życie środków, którymiby po wojnie można jaknajrychlej powetować ilościowe i jakościowe szkody, sprawione przez wojnę w zaludnieniu. Szczególnie potężnie rozwinął się ten ruch na początku wojny we Francyi i w Niemczech. We Francyi dlatego, że malejący przyrost ludności był tam już przed wojną wprost kwestyą bytu narodu, a wojna raptownie przechyla szalę ku zupełnemu wygaśnięciu narodu w czasie bardzo krótkim. W Niemczech właściwa temu narodowi praktyczność skierowała pracę odrazu do tego najważniejszego powojennego zagadnienia, mającego wcale nie akademickie znaczenie. W Niemczech też nietylko ukazało się mnóstwo prac, zarówno oświetlających rzecz teoretycznie, jak i podających wskazówki praktyczne, ale odbył się również szereg obrad zbiorowych z udziałem przedstawicieli rządu na rozmaitych zjazdach i w rozmaitych towarzystwach, a nawet już w czasie wojny powstały osobne towarzystwa, mające rozpatrywać i wypełniać nasuwające się zadania realne.

U nas natomiast dziedzina ta pozostała prawie nietkniętą, jakgdyby Polska nie była dziś właśnie jednem wielkiem pobojowiskiem, jakgdybyśmy nie ponieśli znacznie większych strat, niż inne narody, bo oprócz bezpośrednich strat wojennych jeszcze nieobliczalne straty przez wywlekanie ludności z odwiecznych siedzib, przez uchodźtwo, przez srożące się na terenie walk zarazy, głód i olbrzymią śmiertelność niemowląt. Wyszła wprawdzie cenna rozprawa prof. Buzka, oświetla ona wszakże jedną tylko stronę zagadnienia, ilościową, a zbyt wielki, mojem zdaniem, kładzie nacisk na znaczną rozrodczość Polaków, przez co może być źródłem nadmiernego może optymizmu. Przytem rozprawa ta, jako wychodząca z kół ekonomistów i statystyków, pozostała prawdopodobnie nieznaną większości lekarzy. Nie licząc kilku wzmianek pobieżnych, takich, jak n. p. w kronice »Przeglądu lekarskiego« w r. 1915, oraz krótkich artykułów Dr J. Jaworskiego w warszawskiem »Zdrowiu«, poruszających niemal mimochodem tę sprawę, panowało o niej wśród lekarzy długo prawie zupełne milczenie. Przerwała je broszura doc. Dr Janiszewskiego: »O wymogach zdrowotnych przy odbudowie kraju«, ale i ona nie zajmuje się wyłącznie tem zagadnieniem. Brak szczegółowszego jego rozbioru ze strony lekarzy mógł w końcu zaniepokoić, sprawiając wrażenie obojętności tych właśnie, którzy najżywiej rzeczą zająć się powinni. To też pojawienie się pracy Dr Serkowskiego budzi uczucie ulgi i jedna uznanie zarówno dla autora, jak i dla warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy, które pracę tę wydało.

Podkreśliwszy w przedmowie, że jednem z głównych dążeń Polaków powinno być osiągnięcie jaknajwiększego przyrostu ilościowego i jaknajlepszego przyrostu jakościowego ludności, oraz, że przedewszystkiem obniżyć trzeba śmiertelność, bo od tego zależy przyszłość Polski, określa autor jako cel swej pracy — rozważanie, jakie czynniki mogą wpływać na ten przyrost, oraz wytknięcie kierunku dążeń, niezbędnych, aby ten przyrost osiągnąć.

Przedmiot sam podzielił autor na 12 rozdziałów. W pierwszym rozpatruje spadek liczby urodzin i śmiertelności Polaków przed wojną, wykazując, że nie idą one w parze, lecz że śmiertelność zmniejsza się powolniej, niż liczba urodzin, wobec czego zmniejsza się też i przyrost naturalny. W drugim rozdziale porównuje autor ruch ludności polskiej z ruchem ludności żydowskiej, która jest mniej płodna, ale wśród której mniejsza też panuje śmiertelność, prawdopodobnie wskutek większej dbałości o zdrowie. Dalej rozpatruje autor nierównomierność ruchu ludności w różnych okręgach Polski dla wyjaśnienia wpływu uprzemysłowienia i wędrówki ze wsi do miast (urbanizacyi), w czwartym zaś rozdziale na zasadzie statystyk zagranicznych rozbiera stosunek proletaryatu do problematu zaludnienia, dochodząc do wniosku, że przyrost naturalny zawdzięczają wszystkie narody i państwa głównie proletaryatowi. To też uzyskania maximum przyrostu naturalnego spodziewa się autor od uprzemysłowienia kraju przy równoczesnem przeciwdziałaniu zwyrodnieniu i nadmiernej śmiertelności zapomocą ulepszenia warunków mieszkaniowych i odżywiania proletaryatu. Rozdział piąty zajmuje się próbami objaśnienia spadku współczynnika urodzin, szósty wpływem reform socyalnych, feminizmu i socyalizmu, siódmy zaś sposobami, którymi próbowano w Niemczech i we Francyi zmniejszyć spadek liczby urodzin, lub które w tym celu proponowano, jak również sposobami, którymi zdążać należy do podniesienia przyrostu naturalnego; jedną z głównych dźwigni upatruje tu autor w opiece nad dziećmi proletaryatu, stawiając na pierwszym planie znów mieszkanie i odżywianie. Z tego założenia wychodząc, bada autor w dalszych dwóch rozdziałach stosunki proletaryatu miejskiego w Polsce, porównując warunki jego mieszkaniowe z warunkami w innych krajach i rozpatrując w rozdziale X »szkodliwości« mieszkaniowe i prawodawstwo budowlane. Rozdział przedostatni poświęcony jest wpływowi czynników socyalnych na chorobowość i śmiertelność, ostatni wreszcie omawia drogi, wiodące do uzyskania przyrostu ludności, największego ilościowo i najlepszego jakościowo. Autor zestawia je w ten sposób: 1) Zapobieganie spadkowi liczby urodzin musi obejmować przyczyny ogólne i obie grupy przyczyn indywidualnych (niechęć posiadania dzieci i utrata zdolności rozrodczych). 2) Dążenie do rozwoju handlu i przemysłu w północno-wschodniej części Królestwa Polskiego i w Galicyi, odbudowa zniszczonego przemysłu w całym kraju, rozwój wytwórczości gospodarczej, powstrzymanie wędrówek sezonowych i stałych przez umożliwienie zarobkowania na miejscu. 3) Zwalczanie niechęci posiadania dzieci; w czasie wychowania szkolnego uświadamianie starszej młodzieży o znaczeniu dla kraju przyrostu naturalnego i t. d. 4) Ograniczenie do minimum wskazań lekarskich do przerywania ciąży. 5) Wprowadzenie we wszystkich dzielnicach ogólnej administracyi sanitarnej, opartej na statystyce sanitarnej. Przeniesienie punktu ciężkości zabiegów sanitarnych do proletaryatu. Zwalczanie chorobowości i śmiertelności ogólnej i niemowlęcej. Ochrona macierzyństwa, piecza nad niemowlętami. 6) Wodociągi i kanalizacya w miastach i przedmieściach, oraz osadach i wsiach. 7) Danie proletaryatowi możności pracy w kraju i warunków bytu ludzkiego: a) mieszkań w koloniach zamiej-

[1]) Znaczna część najtęższych i najzdrowszych mężczyzn ginie lub kaleczeje, pozostali zaś, najsłabsi i niezdolni do służby wojennej, uzyskują większe widoki potomstwa i dziedzicznego przekazania swych cech temu potomstwu.

skich z dobrą komunikacyą z miejscem pracy, b) odżywiania, zupełnie odpowiadającego potrzebom (kuchnie komunalne). 8) Wychowanie ludu w szerszem słowa znaczeniu. 9) Zwalczanie alkoholizmu, chorób wenerycznych. Pomoc położnicza dla ludu.

W wywodach swoich opiera się autor na potężnym aparacie pomocniczym, przytaczając bardzo obfite piśmiennictwo, dotyczące różnych stron zagadnienia i bezmała sto cyfrowych zestawień statystycznych. Jest to i zaletą i wadą rozprawy. Zaletą, bo ta rozległa erudycya pozwala autorowi próbować zawiłe sprawy zaludnienia i jakości fizycznej ludności ująć szerzej i głębiej, niż w wielu pracach zagranicznych; wadą, bo obciąża tok rzeczy niezawsze koniecznymi szczegółami i przytoczeniami i ujmuje rozprawie przejrzystości. Niejedna też z tablic statystycznych, przytoczonych przez autora, sama przez się bardzo zresztą ciekawa, nie wiąże się jednak organicznie z tekstem. Wobec wszakże braków w naszem piśmiennictwie ma nawet ta hojność autora tę dobrą stronę, że wskazując źródła, ułatwia drogę temu, któryby chciał dokładniej w sprawie się rozczytać i oszczędza poszukiwania cyfr, rozproszonych w rozmaitych publikacyach. W każdym zaś razie odda praca autora dobrą usługę jako przewodnik po terenie, nieznanym u nas wielu lekarzom, i jako bodziec dla ich działań społeczno-higienicznych, a w poczuciu tej usługi znajdzie i autor najmilszą pewnie nagrodę.

Szata zewnętrzna rozprawy byłaby bez zarzutu, gdyby nie szczególnie obrany, niezwyczajny format podłużnego małego zeszytu, drukowanego w dwu szpaltach. Ciechanowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Higiena.

Zanieczyszczenia mąki. Z doświadczeń c. k. Powszechnego Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie w sprawie obrotu mąką w czasie wojennym wynika, że obecnie wymielane ziarno nie bywa przed mieleniem oczyszczane, nawet jeżeli zawiera ponad dopuszczoną najwyższą ilość obcych zanieczyszczeń roślinnych, t. j. ponad 2%. Wśród zanieczyszczeń znajduje się niejednokrotnie trujący sporysz, z reguły zaś większa ilość nieobojętnego dla zdrowia kąkolu, czasem znaczna ilość ziarna pszenicy, stoczonej śniecią. Również wymiela się nieraz ziarno, stoczone przez wołka zbożowego, a cząsteczki tegoż napotkać można nawet w małych ilościach mąki. Bywa też napotykany obecnie w mące nieraz w wielkiej ilości mól mączny. Obecność pierwszego pasorzyta dowodzi, że wymiela się nieraz ziarno, które do mlewa nie powinno już być użyte, zawartość zaś znacznej ilości gąsienicy mola mącznego oraz obfite zesnucie mąki jej pajęczyną przemawia za tem, że niektóre młyny zaniedbują w swem urządzeniu technicznem maszyn młynarskich tępić robactwo, pasorzytujące w młynach na wielką skalę. Mąka, wychodząca z niektórych młynów pod nazwą mąki szlachetnej, pszennej, zawiera znaczną przymieszkę mąki jęczmiennej, czasem nawet prawie do 50%. Przymieszki tej nie można odnieść — jak to usiłują przedstawić młynarze — do zanieczyszczenia mąki pszennej pozostałością mąki jęczmiennej w urządzeniu młynarskiem po poprzedzającem wymiale jęczmienia.

Sprzedaż tego rodzaju mąk pod nazwą mąk szlachetnych należy skwalifikować jako przekroczenie z § 11 ustawy z dnia 16 stycznia 1896 dz. u. p. Nr 89 ex 1897, dające podstawę do postępowania sądowokarnego, podobnie jak i sprzedaż mąki, zanieczyszczonej sporyszem, albo ziarna, stoczonego śniecią lub przez wołka zbożowego, albo wreszcie mąki, zesnutej i zanieczyszczonej przez mola mącznego. Celem zapobieżenia takim nadużyciom zwrócił się kierownik Zakładu badania środków spożywczych, Dr Bier, do Namiestnictwa z prośbą: 1) aby ziarno, zawierające ponad 2% obcych nasion, oczyszczano obowiązkowo w młynach, aby ziarno, obficie stoczone przez śnieć, o ile oczyszczenie jego napotykaćby miało na zbyt wielkie trudności, było użyte do wymiału po należytem wymieszaniu z ziarnem zdrowem, a ziarno, stoczone przez wołka zbożowego, nie było wymielane na mąkę dla ludzi; 2) aby wojenny Zakład dla obrotu zbożem przez swoje organa kontrolne rozwinął należyty nadzór nad czystością w młynach, szczególnie co do pasorzytującego w nich robactwa; 3) aby tenże Zakład kontrolował jakość mąk wymielanych przez poszczególne młyny w kierunku, czy odpowiadają tej jakości, za jaką wprowadza się je w obrót handlowy.

W sprawie poboru próbek środków spożywczych do badania. C. k. Starostwa nadsyłają niejednokrotnie krakowskiemu c. k. Zakładowi badania środków spożywczych próbki, pobrane nie z urzędu, lecz dostarczone przez osoby prywatne. Próbki te są bardzo często w ilości do badania niedostatecznej, w naczyniach brudnych i w opakowaniu niewłaściwem. Starostwa, przyjmując tak niewłaściwie pobrane próby, niejednokrotnie nie stwierdzają, kiedy ten towar zakupiono i czy do chwili dostarczenia go Starostwu nie mógł się on zepsuć lub zmienić; nie dochodzą też objawów chorobowych, spowodowanych spożyciem. W przypadkach zażaleń na jakość sprzedawanych artykułów żywności ograniczają się władze rządowe i autonomiczne zbyt często tylko do sporządzenia przypomnienia urzędowego i do przesłania go wraz z próbką Zakładowi do badania. Takie jednak postępowanie nie ułatwia badania nadsyłanych prób. Wobec bardzo często zbyt małych ilości nadesłanej próbki i braku w doniesieniu jakichkolwiek wskazówek co do rodzaju rzekomej szkodliwości dla zdrowia, pozbawiony jest Zakład wskazań co do kierunku badania; skąd też i wynik badania zbyt często nie może być zadowalniającym ani dla Zakładu, ani dla władzy nadsyłającej. Badania zaś takie nie przyczyniają się do zabezpieczenia znaczenia ustawie o kupczeniu żywnością i do należytej ochrony konsumentów przed szkodą materyalną i na zdrowiu. Postępowanie sądowokarne kończy się w takich przypadkach zbyt często uwolnieniem obwinionego od winy i kary z powodu braku dostatecznego dowodu, że zakwestyonowany artykuł pochodzi ze sklepu obwinionego, że zepsucie nie jest skutkiem niewłaściwego pobrania próby lub nie wywołane zostało rozmyślnie przez osobę, użalającą się władzy.

Dla zapobieżenia temu zwrócił się w styczniu b. r. Dr Bier, kierownik Zakładu badania środków spożywczych, do Namiestnictwa z prośbą o wydanie okólnika do władz administracyjnych rządowych i autonomicznych, aby — w razie skargi na złą jakość artykułu spożywczego i przedłożenia jego próbki, — nie ograniczały się jedynie do spisania doniesienia oraz przesłania próbki Zakładowi do badania, lecz aby z reguły zarządzały rewizyę w podejrzanem przedsiębiorstwie przez organ fachowy, do nadzoru nad żywnością dostatecznie ukwalifikowany, a to przy współudziale donosiciela. Tylko z urzędu umiejętnie pobrana próbka może być dostateczną i właściwą podstawą do wdrożenia doniesienia sądowokarnego na zasadzie orzeczenia, wydanego przez Zakład badania środków spożywczych. Jeżeli zaś istnieje podejrzenie, że spożycie jakiegoś artykułu spowodowało szkodę na zdrowiu, powinna władza przesyłająca próbkę dołączyć opinię lekarską, stwierdzającą objawy choroby, wywołane spożyciem owego artykułu wraz ze wskazówką, jakich w nim składników trujących lub szkodliwych dla zdrowia spodziewaćby się można na podstawie krytycznego rozbioru objawów choroby. Sposób postępowania władz przy nadsyłaniu prób artykułów, które spowodować miały zaburzenia w zdrowiu, określony został w rozporządzeniu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 5. czerwca 1907 L. 5478; rozporządzenie to należałoby teraz przypomnieć.

Władysław Biegański, jako filozof.

O filozoficznych dziełach ś. p. Biegańskiego, mniej znanych lekarzom, ogłosił J. Ujejski odcinek w krakowskim »Głosie Narodu« z d. 10. II. b. r., w którym znajduje się następująca charakterystyka zmarłego uczonego:

»Niestety mało kto w Polsce zdaje sobie sprawę z tego, że umarł najznakomitszy polski filozof. Katedry uniwersyteckiej nie miał i nie szukał — o rozgłos widać wogóle nie dbał, skoro stanowisko prowincyonalnego lekarza zupełnie go zadowalało. Szereg zaś znakomitych jego dzieł filozoficznych tem bardziej imponuje, że powstały wśród wielkiej praktyki lekarskiej, która wypełniała mnóstwo czasu, a obok pracy naukowej (podobno bardzo cenionej) na polu medycyny. Tę zresztą z filozofią dość ściśle łączył. Bodaj, że »Logika medycyny« (pierwsze wydanie w r. 1894) była mu właśnie pomostem między obu dyscyplinami. Dość, że od wydania »Zasad logiki ogólnej« w r. 1903 Biegański zajmuje się jako uczony już głównie filozofią, a w szczególności teoryą poznania i logiką. Wnet po »Zasadach« ukazał się mały »Podręcznik logiki i metodologii dla szkół i samouków«. Rzecz charakterystyczna, że człowiek, który przygodnie tylko chyba bywał pedagogiem, dał szkołom naszym podręcznik najlepszy, i to o niebo całe przewyższający wszystkie inne. Z re-

gły podręczniki szkolne, powstające w Królestwie, nie otrzymywały prawa obywatelstwa w galicyjskich szkołach, choćby były najmądrzejsze. Dla tego jednego Rada szkolna uczyniła przecież wyjątek i oddała tem uczniom gimnazyów rzetelną usługę«.

»Ale bo też Władysław Biegański był wyjątkowo jasnym umysłem i klasycznie prostym pisarzem. Najzawilsze kwestye filozoficzne potrafił wyłożyć tak, że każdy inteligentny człowiek mógł go czytać bez specyalnego filozoficznego wykształcenia. Nagrodzona przez krakowską Akademię w roku 1912 »Teorya logiki« pozostanie zapewne na długo taką encyklopedyą tej umiejętności dla Polaków, jaką dla Niemców był »System der Logik« Ueberwega. Ale na zawsze pozostanie klasycznym pomnikiem jasnego wykładu. Jasność ta wynikła po części może głównie z przyrodzonego daru myśliciela, ale w niemałej mierze także z najwszechstronniejszego możliwie opanowania przedmiotu. Biegański każdy problem logiki przemyślał do samego dna«.

Przebiegłszy treściwie inne dzieła filozoficzne Biegańskiego, dodaje p. J. Ujejski następującą uwagę:

»Polskim filozofom współczesnym może przytem Biegański służyć za wzór pewnego rodzaju, że tak powiem, naukowego patryotyzmu. Polega ten patryotyzm na tem, że zmarły myśliciel uwzględniał w swych dziełach zawsze na pierwszem miejscu twórczość filozoficzną polską. Najmniejsza rozprawa, przez Polaka napisana, nie uszła nigdy jego uwagi, a nawet obce dzieła cytował zawsze w polskich przekładach, o ile tylko były. Każda z jego książek, przetłómaczona na obcy język, dawałaby wskutek tego cudzoziemcom wcale wysokie wyobrażenie zarówno o polskim filozoficznym ruchu współczesnym, jak i o jego w Polsce tradycyi. Tylko w ten przytem sposób można utrzymać ciągłość naukowej pracy między pokoleniami, a tylko ten naród, u którego jest taka ciągłość, może wytwarzać własną, odrębną kulturę. Biegański w poszukiwaniu rodzimych zjawisk na polu filozofii nie wahał się zaglądać i do poetów. Jego śliczna rozprawa p. t. »Filozofia Mickiewicza« wymownie o tem świadczy«.

Wczesna śmierć Władysława Biegańskiego jest dla polskiej filozofii tem dotkliwszą stratą, że ukończywszy swe prace w zakresie teoryi poznania, skłaniał się Biegański do opracowania innych działów filozofii i byłby może pozostawił po sobie całkowity system, obejmujący wszystkie odłamy tej »królowej nauk«. Nic dziwnego też, że p. J. Ujejski kończy słowami: »Wielka, ogromna szkoda!« C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 15. II. b. r. posiedzenie, na którem doc. Dr Radliński przedstawił operowanych, a prof. Dr Krzyształowicz chorego z rzadkiem cierpieniem skóry; prof. Dr Latkowski miał wykład: O leczeniu spraw zapalnych, objaśniony przedstawieniem przypadków leczonych, poczem odbyła się dyskusya nad wykładami prof. Piltza (z d. 7. II.) i prof. Latkowskiego. W dyskusyach nad demonstracyami przemawiali kol. Braun, Ciechanowski, Krzyształowicz, Laskiewicz, Radliński, w dyskusyach zaś nad wykładami kol. Braun, Ciechanowski, Laskiewicz, Latkowski, Lewkowicz, Oszacki, Piltz, Rosenhauch.

Najbliższe posiedzenie odbędzie się d. 21. b. m. w Zakładzie badania środków spożywczych (ul. Zygmunta Augusta 1, parter).

Warszawa. Prezydyum Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, które ustąpiło z końcem r. z., urzędowało wyjątkowo długo, mianowicie cztery lata z rzędu. Do prezydyum oprócz sekretarza stałego, Dr A. Sokołowskiego, należeli prezes Dr J. Pawiński, wiceprezes Dr A. Puławski i sekretarz Dr Dobrowolski. Działalność prezydyum w tym okresie, wyjątkowo trudnym, zjednała sobie wielkie uznanie. Ruch naukowy w Towarzystwie nietylko nie osłabł, ale nawet żywszem bił tętnem. Towarzystwo uczestniczyło we wszystkich ważnych sprawach publicznych i w każdej donioślejszej chwili dawało wyraz swej łączności z całem społeczeństwem. Podtrzymanie »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego« zawdzięczać należy znacznej ofierze pieniężnej prezesa Towarzystwa, który też dla upamiętnienia wskrzeszenia Wszechnicy polskiej w Warszawie złożył znaczną sumę dla kształcącej się młodzieży.

— Zmarły niedawno Dr Chełchowski zapisał cały swój majątek, około 150.000 rb., na cele publiczne.

— Polskie Towarzystwo okulistyczne wybrało na r. 1917 przewodniczącym Dr Cetnarowicza, zastępczynią Dr Matusewiczównę, sekretarką Dr Oyrzanowską.

Redakcya otrzymała: Nowaczyński: Über Harnsäureausscheidung bei einigen Fällen von Blutdrüsenerkrankungen. (Deutsche med. Wochenschr. 1916). — Franke: 1) Die Nierenerkrankungen im Felde. (Feldärztl. Blätter 1916). 2) Über das Fünftagefieber. (Wiener klin. Wochenschr. 1917). 3) Untersuchungen üb. das Verhalten des vegetativen Nervensystems während der Menstruation. (Zeitschr. f. klin. Med. T. 84). — J. Jaworski: 1) Aus der Biologie der Tumoren. (Wiener klin. Woch. 1916). 2) Zmiany w narządach płciowych kobiecych i zaburzenia w sferze płciowej kobiet jako następstwo niedostatecznego odżywiania. (Medyc. i Kron. lek. 1917). — Serkowski: Schmutz, Eiter und Pepton in der Milch. (Wiener klin. Woch. 1916).

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 21. lutego 1917 o godzinie 6 wieczór **w sali wykładowej Powszechnego Zakładu badania środków spożywczych (ul. Zygmunta Augusta 1,** parter na lewo). Na porządku dziennym wykład kierownika Zakładu, Dr Biera: Mąka i chleb wojenny (z demonstracyami). Po wykładzie zwiedzenie Zakładu.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Nr 8. Kraków, 24. lutego 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 24. lutego 1917. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

PROF. DR. STANISŁAW DOBROWOLSKI

* 16. XII. 1873 WE LWOWIE, † 19. II. 1917.

Do strat, jakie w tych wojennych latach poniósł polski świat lekarski i polska lekarska nauka przez śmierć tylu wybitnych uczonych i działaczy, przybywa nowa, nie mała. Opuszcza nas Stanisław Dobrowolski.

Jest w każdej śmierci, w każdem wiecznem pożegnaniu dla nas tu pozostających ogrom smutku niewyrozumowanego, bezwiednego smutku, którym dusza nasza odpowiada instynktownie na ten nieodwołalny wyrok, na ten konieczny los ludzkiego pogłowia.

Nad tą świeżą trumną smutek nasz jest nietylko uczuciem bezwiednem, gdyż śmierć odwołuje z szeregów naszych człowieka, który doszedł zaledwie do pełni męskiego wieku, człowieka, który, pokonawszy zapory, stanął na wyżynie i z niej zaledwie okiem objął rozległe pole pracy, czekającej na jego krzepkie dłonie.

Nie żegnamy młodzieńca, który dopiero obiecywał, iż będzie mężem czynu, bo na czyny Stanisława Dobrowolskiego patrzyliśmy zblizka i znaliśmy poważny dorobek jego zasług. Wiedzieliśmy więc, kim jest i co jeszcze zdziałać może.

Nie żegnamy też męża, który utrudzony długą pracą odjął już zmęczone dłonie od warsztatu i idzie na zasłużony spoczynek, bo Stanisław Dobrowolski chciał i umiał podjąć brzemię pracy i znoju się nie obawiał.

Zstępuje do grobu twardy pracownik, dla którego trud był nie środkiem do życia lub celem, lecz treścią, człowiek, który działać chciał i umiał, przeciwieństw się nie bał, przed zaporami się nie cofał.

W Stanisławie Dobrowolskim tkwiła siła życiowa i radość czynu. Od pomysłu do postanowienia była u niego droga długa, droga trzeźwej rozwagi; od postanowienia do czynu był tylko krok jeden. Tak powstały jego prace naukowe i jego oba podręczniki. Nie było w ś. p. Dobrowolskim łamiącego wolę nadmiernego krytycyzmu, roztkliwiania się nad trudnościami przedsięwzięcia, rozpraszania myśli swoich w słowach, które są jak pył lotne i zastąpić nie mogą ciężkiego jak żelazo czynu, nie było skarg niemęskich lub obietnic niedotrzymanych. Nad wszystkiem panowała silna wola, wspierana rozwagą i doświadczeniem.

Stanisław Dobrowolski dążył naprzód krokiem pewnym i silnym, nie przystając w drodze i nie marnując sił na bezcelowe przedsięwzięcia. Bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu (23. I. 1897) widzimy go przy pracy w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza, a potem w klinice chirurgicznej; po kilkunastu miesiącach (w marcu 1898) zmienia warsztat i staje u boku Jordana, pracując w jego klinice przeszło sześć lat. Jest ulubionym uczniem profesora, jego powiernikiem i współpracownikiem. Śmierć mistrza przerywa wspólną pracę nad podręcznikiem położnictwa. Młody docent (habilitowany w r. 1903) zastępuje ukochanego profesora podczas jego choroby i po jego zgonie, poczem obejmuje profesurę w szkole położnych (1908) i prymaryat w szpitalu św. Łazarza (1910). Jeszcze w czasie asystentury klinicznej poświęca wolne chwile pracy w zakładach teoretycznych: anatomii patologicznej (prof. Browicza) i mikrobiologii (prof. Nowaka). W roku 1910 otrzymuje tytuł nadzwyczajnego profesora uniwersytetu. Z chwilą wybuchu wojny wstępuje do służby wojskowej i nie przerywając zajęć swoich w szpitalu i szkole położnych, pracuje w szpitalu wojskowym. Od r. 1899 publikuje szereg prac doświadczalnych, bakteryologicznych i klinicznych, oraz dwa podręczniki.

Wśród tej wyczerpującej pracy nie pozwala sobie na żaden wypoczynek. Zaledwie do sił wróciwszy po pierwszej ciężkiej chorobie, bierze się ochoczo do roboty. Można bez przesady powiedzieć, że dnia jednego w krótkiem swojem życiu nie zmarnował, a wiele dni i nocy w ciężkim przepracował trudzie.

Jako ginekolog i położnik zdobył sobie rozległą praktykę, a z nią razem wielkie zaufanie kolegów i uznanie chorych. Nie cofał się też nigdy przed pracą społeczno-lekarską, czy to w Towarzystwie lekarskiem, którego był prezesem w r. 1909, czy w Krajowym Związku lekarzy, jako wiceprezes, czy wreszcie jako członek Wydziału Izby lekarskiej lub gorliwy współpracownik »Przeglądu lekarskiego«, którego redakcyę kilkakrotnie po kilka tygodni zastępczo prowadził. W tych pracach dla społeczności lekarskiej znajdował zadowolenie i miało się wrażenie, że w ś. p. Dobrowolskim żyje coś z wielkiego ducha mistrza jego Jordana.

Świat lekarski staje nad tą świeżą trumną z wdzięczną myślą i ze szczerą żałobą, z wdzięcznością za to, czego ś. p. Dobrowolski dokonał, z żalem, że śmierć tak wcześnie złamała tę niepowszednią siłę.

Jest tragizm w tem krótkiem i znojnem, jakby pospiesznie przeżytem życiu, życiu, którego pierwszym spoczynkiem jest spoczynek wieczysty.

Jest tragizm w tem, że tyle i z takim trudem zebranego doświadczenia nie doczekało się ostatecznej syntezy, że tyle myśli nie doszło do wyrazu, że tyle chęci nie mogło przejść w czyn, i to właśnie teraz, kiedy Ojczyzna więcej, niż kiedykolwiek potrzebować będzie ludzi silnych, twórczych, ochoczo pracujących.

Jest wreszcie tragizm najbardziej ludzki, a przez to może najboleśniejszy, w tem, że nad tym grobem płacze młoda żona i gromadka maleńkich dzieci, które ojcu osładzały tak niezmiernie krótko znojne jego życie.

Aleksander Rosner.

Prace ś. p. Dobrowolskiego:

1. Przypadek marskości przedsionka sromowego (kraurosis vulvae). Przegląd lekarski 1899, Nr 20.
2. Dwa przypadki torbieli trąbkowojajnikowej. Pamiętnik jubileuszowy Ed. Korczyńskiego, str. 93.
3. O krwotokach, przydarzających się w trzecim okresie porodu i bezpośrednio po porodzie. Przegląd lekarski 1900, Nr 15—18, a także Nr 12.
4. Cztery przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, dokonane w bieżącym roku szkolnym w klinice położniczej prof. Jordana. Nowiny lekarskie 1900. Zesz. 2. oraz Przegląd lekarski 1900, Nr 26.
5. Obrót zapobiegawczy przy miednicach ścieśnionych. Dziennik IX Zjazdu lekarzy i przyrodn. 1900. Zesz. 5.
6. O rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ropni wychodzących z części rodnych kobiecych. Przegląd lekarski 1902, Nr 2—4.
7. Przypadki operowane drogą cięcia pochwowego w roku szkolnym w klinice prof. Jordana. Przegląd lek. 1902, Nr 44.
8. Demonstracya preparatu otrzymanego przy operacyi ciąży zamacicznej. Przegląd lek. 1902, Nr 13.
9. Pęknięcie macicy w ciąży. Przegląd lekarski 1902, Nr 49—51.
10. O cytotoksynie łożyskowej. Rozpr. Akademii Umiej. w Krakowie. T. XLIII. 1903.
11. Flora pochwy fizyologicznej. Tamże.
12. La flore du vagin. Bull. de l'Acad. de Cracovie 1903.
13. O cytotoksynach łożyskowych. Przegl. lek. 1903, Nr 48.
14. O cytotoksynach łożyskowych. Ginekologia 1904, Nr 2.
15. Flora pochwy fizyologicznej. Przegląd lekarski 1903, Nr 46.
16. Sprawozdanie z dziesięciolecia (1893—1903) kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell. prof. Dr Jordana. Ginekologia 1905, Nr 2—4.
17. Przypadek niezupełnego rozległego pęknięcia macicy. Tamże. 1905, Nr 2.
18. O jadach komórkowych (cytotoksynach), otrzymywanych przy użyciu łożyska i jajników. Sprawozdanie X Zjazdu lek i przyr. pol. we Lwowie 1907/8.
19. Postępowanie lekarza przy położeniach twarzowych i czołowych. Przegl. lek. 1907.
20. Postępowanie lekarza przy ścieśnieniach miednicy. Tamże. 1907.
21. O rozcięciu kości łonowej (hebosteotomia). Sprawozd. X Zjazdu lek. i przyr. pol. we Lwowie. Lwów 1907/8.
22. O wynikach operacyi przetok moczowych. Przegl. lek. 1912, Nr 19.
23. Przypadek pierwotnej gruźlicy torbieli jajnikowej. Demonstr. w Tow. lek. krak. Przegl. lek. 1912, Nr 7.
24. Przypadek ciąży jajowodowojajnikowej. Tamże.
25. Dwa przypadki ogólnego ostrego zapalenia otrzewnej bezpośrednio po porodzie prawidłowym. Tamże.
26. Przypadek porodu w miednicy płaskiej. Tamże.
27. Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej jajowodowojajnikowej. Tamże.
28. Operacya rozszerzenia szyi macicznej przy rzucawce porodowej. Przegl. lek. 1912, Nr 16.
29. Nauka położnictwa dla użytku położnych. 1912.
30. Ein Blick auf die gynaekologische Therapie in der Klinik w »Die Therapie an den oesterreichischen Universitäts-kliniken«.
31. O cytotoksynie jajnikowej. Rocznik lekarski, tom I 1906.
32. Über Cytotoxine der Ovarien. Gynaekol. Rundschau 1907.
33. (poczęści wspólnie z Jordanem). Nauka położnictwa dla studentów i lekarzy.

O sztucznej odmie piersiowej.

Część II, kliniczna [1]).

Przez

Dr Seweryna Sterlinga,

ordynatora szpitala fundacyi Poznańskich w Łodzi.

Już od lat wielu usiłowania znalezienia sposobów leczenia gruźlicy płuc przedsiębrano pod hasłem uleczalności tej choroby jedynie w pierwszych okresach jej rozwoju.

[1]) Niniejsza praca stanowiła przedmiot referatu, wygłoszonego wspólnie z Dr K. Dłuskim na III Zjeździe internistów polskich we Lwowie (Lipiec 1914). Część I, pióra Dr Dłuskiego, wyszła drukiem w »Przeglądzie lek.« Nr 4—7, 1916.

Wobec choroby daleko posuniętej z prób leczenia — rezygnowano.

Nic więc dziwnego, że metodę leczenia postępujących przewlekłych suchot rozwiniętych przyjęto niedowierzaniem

Jest to metoda lecznicza, która, jak żadna inna, kłam zadać może najbardziej wypróbowanym zasadom prognostycznym. W sposób gwałtowny stwarza warunki, które mogą postęp choroby przerwać, zamieniając sprawę chorobową czynną na stan chorobowy przewlekły; które umożliwiają wyleczenie kliniczne, a nawet anatomiczne.

Ten zabieg gwałtowny, który w pewnych, niżej opisanych warunkach pozwala przedłużyć życie beznadziejnie chorym, polega na zniesieniu ścisłego przylegania płuc do klatki piersiowej, na zluźnieniu napięcia tkanki płucnej, na zmniejszeniu jej ruchów czynnościowych aż do zupełnego unieruchomienia. Ten zabieg, jak wiemy ze słów kol. Dłu-

skiego, usuwa warunki, przeszkadzające tworzeniu się blizn w ogniskach gruźliczych, a nawet, jak się zdaje, sprzyja powstawaniu tych blizn przez swoiste pobudzenie rozwoju tkanki łącznej.

Metody chirurgiczne, któremi w tym celu rozporządza terapia chorób płucnych, posługują się różnymi zabiegami.

Jedną grupę stanowią zabiegi wewnątrz-opłucne: uciśnięcie płuca zapomocą odmy piersiowej sztucznej (pneumothorax artificialis).

Drugą grupę stanowią zabiegi zewnątrz-opłucne: I. uruchomienie pewnych części płuca, przyrosłych do wewnętrznej powierzchni klatki piersiowej, przez odłuszczenie ze wnętrznej powierzchni opłucnej ściennej (pleuropneumolysis); 2. uciśnięcie pewnych części płuca przez założenie t. zw. plomby między ścianę klatki piersiowej, a odłuszczoną opłucnę ścienną; 3. uciśnięcie całego płuca przez zapadnięte ściany klatki piersiowej po mniej lub więcej rozległej resekcyi żeber (therapia per collapsum); 4. uciśnięcie płatu dolnego płuca przez przeponę, porażoną wskutek przecięcia nerwu przeponowego (phrenicotomia).

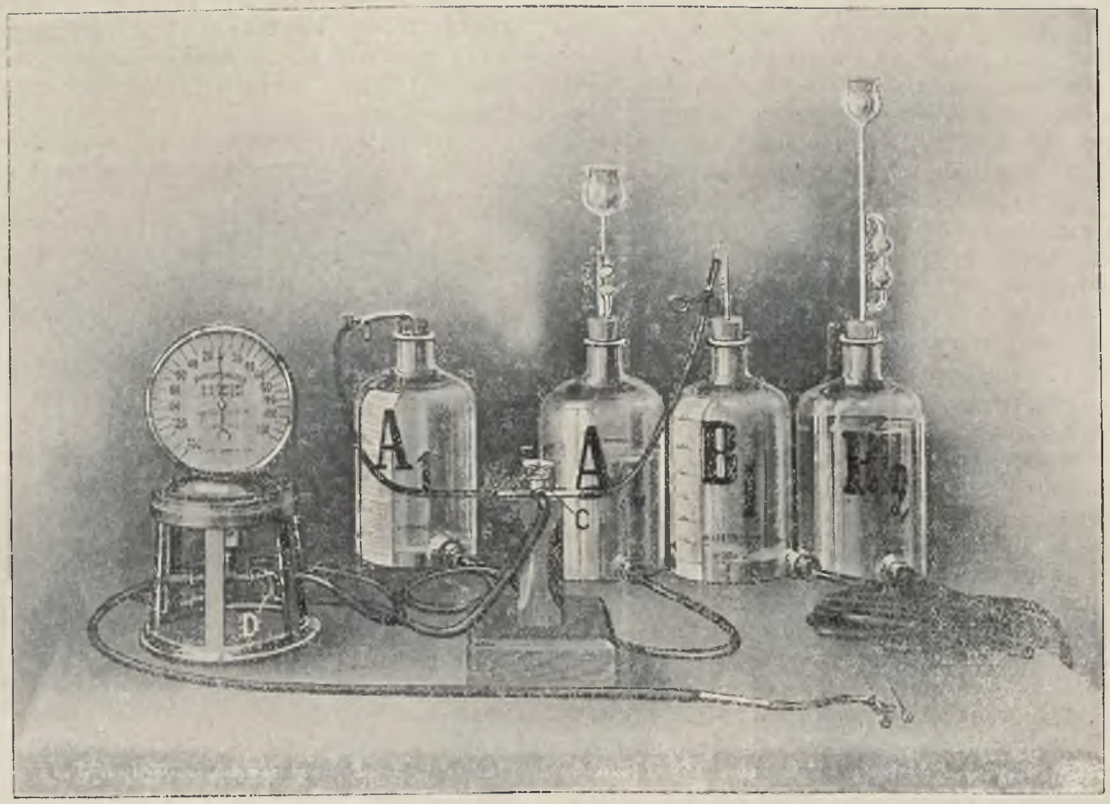
Przyrządy i technika.

Nie mam zamiaru przedstawiać tu monografii klinicznej o sztucznej odmie piersiowej. Mówić będę jedynie o sposobach, jakie osobiście wypróbowałem, o własnem w tej dziedzinie doświadczeniu i wysnutych zeń wnioskach.

Zabieg leczniczy, o którym mowa, polega na wprowadzeniu określonej ilości gazu poprzez ścianę klatki piersiowej pomiędzy obydwa listki opłucnej, bez uszkodzenia płuc. Uczynić to można, bądź przekłuwając wszystkie warstwy klatki piersiowej igłą ostrą (metoda Forlaniniego), bądź nacinając te warstwy aż do opłucnej ściennej, a tę dopiero przekłuwając na tępo (metoda Brauera). Metoda Brauera mniej pociąga, bo chorzy trudniej się na nią godzą; bo i lekarz jest w gorszych warunkach, kiedy mu wypadnie w kilku punktach szukać wolnej opłucnej przy pomocy zabiegu stosunkowo złożonego; bo, zanim wolno wykonać pierwszą reinsuflacyę, trzeba wyczekać zagojenia się rany, a wytworzona odma sztuczna może się przez ten czas wessać; bo wreszcie metodę tę często wikła odma podskórna, a nawet przetoka opłucna.

Gaz wprowadzają do opłucnej przy pomocy różnych przyrządów. Podaję tu opis tego, którego sam używam, a którego zalety są następujące: 1. Do pomocy potrzebna jest tylko jedna osoba (pielęgniarka), a przy reinsuflacyi można się bardzo łatwo obejść bez pomocy. 2. Przyrząd nie wymaga nigdy poważniejszej naprawy.

Oto dwie pary gąsiorków pięciolitrowych, zbudowanych, jak butle Wulffa. Każda para łączy się ze sobą przy pomocy węża gumowego, założonego u dolnych wylotów. Butla A 1 zawiera tlen, butla B 1 azot, butle A 2 i B 2 zawierają rozczyn sublimatu. Obie butle sublimatowe zamykamy korkami wodnymi; butle zawierające gaz łączą się — przez rury, wychodzące z ich górnych wylotów — z dwiema odnogami kurka trójdrożnego C; na odnogę trzecią założony jest wąż, wiodący do manometru. (Rys. 1. Instrumentaryum).



Rys. 1. Instrumentaryum.

Jako manometru używam pneumometru Braunsa, który mi oddaje usługi pewniejsze, aniżeli manometry wodne i rtęciowe. Kran D pneumometru pozwala wpuszczać coraz to większe ilości gazu pod coraz wyższem ciśnieniem.

Do przekłucia klatki piersiowej używam igły Küssa; składa się ona z rurki metalowej, trójgrańca, przetyczki tępej i wskaźnika szklanego. Rurka, 1·5 mm grubości, tuż ponad otworem dolnym ma z boku okienko; trójgraniec, grubości 1·1 mm, jest ostro zakończony; przetyczka, włożona do rurki, zamyka zupełnie dolny otwór rurki. Przetyczka ta jest wzdłuż prawie całego swego przebiegu spłaszczona, przez co tworzy wraz z rurką kanał; przez ten kanał od okienka bocznego aż do otworu górnego igły istnieje połączenie między jamą opłucnej a zawartością węża gumowego. Pół obrotu przetyczki wystarcza, by zam-

knąć okienko i przerwać to połączenie. Wskaźnik szklany łączy igłę z wężem gumowym.

Pneumometr Braunsa jest stale (t. j. podczas całego przebiegu insuflacyi) połączony z jamą opłucnej; przez otwarcie kurka D łączy się także ze zbiornikiem gazu. Wykazuje więc: przy zamkniętym kurku D wahania ciśnienia w jamie opłucnej, przy otwartym — różnice ciśnienia pod jakiem gaz zostaje wprowadzony do opłucnej, nie przestając wskazywać wahań, powstających w opłucnej, pozwala więc w czasie trwania insuflacyi kontrolować ruchy oddechowe.

Sam zabieg wykonywam zawsze na małym stoliku operacyjnym, na którym leży chory, mając przeciwległy bok podparty. Jeśli nakłucie wykonywam z tyłu, w przestrzeni międzyłopatkowej górnej, to chory siedzi. Ciężko chorych przenosi się do salki operacyjnej na noszach. W łóżku, gdzie trudno o zachowanie aseptyki, operuję rzadko. Stolik operacyjny przysunięty jest do stołu, na którym są ustawione butle z gazem i pneumometr, leżą igły i rękawiczki gumowe, w których operuję.

Wrażliwym chorym wstrzykuję morfinę lub, chętniej, miejscowo trywalinę; na dobrą sprawę, należałoby to uczynić u wszystkich.

Gaz wprowadza się do zbiorników na dwa dni przed zabiegiem lub jeszcze wcześniej, by się przez odstanie oczyścił z zawieszonych w nim ewentualnie cząsteczek stałych, które w zbiorniku opadają na powierzchnię sublimatu. Tlenu używam jedynie do napełnienia całego układu rur na chwilę wkłuwania igły. W tym celu ustawiam kurek C czarną perełką ku butli A 1, zawierającej tlen. Skoro wahania pneumometru wskażą, że igła znajduje się w jamie opłucnej, zwracam kurek perełką ku butli A 2, z której wtedy azot przechodzi do węża, wiodącego ku pneumometrowi. Od tej chwili przez cały czas insuflacyi używam jedynie kurka D. Jeśli mam wykonać szereg insuflacyi, to już z góry butlę B 2 unoszę, podstawiając pod nią naprzykład jedno lub dwa pudełka od cygar. Przez większe lub mniejsze uchylenie kurka D wpuszczam azot pod żądanem ciśnieniem.

Jeśli chory zakaszle, igła może zboczyć i wpaść w tkankę płucną. To też każdy chory z góry o tem wie, że uczuwszy podrażnienie do kaszlu, ma dać znak lekarzowi; wtedy albo otwieramy nagle boczny kurek igły Küssa, albo palcami zaciskamy węża tuż przy nasadzie na igłę.

Igłą Küssa z trójgrańcem przebijamy miękkie warstwy klatki piersiowej; trójgraniec wyjmujemy i nakładamy przetyczkę tak, by tylko okienko igły było otwarte. Przesuwając igłę w głąb, dochodzimy do jamy opłucnej; tę chwilę wskazują wahania strzałki pneumometru. Użycie zatyczki jest najczęściej zbyteczne; po wyjęciu trójgrańca samą rurką dochodzimy do jamy opłucnej.

Jeśli igła dojdzie do naczynia, to po jakimś czasie ukaże się krew w rurce szklanej, nazwanej wskaźnikiem. Nie widząc wyraźnych ruchów pneumometru, musimy zawsze przeczekać mniej więcej minutę, zanim igłę głębiej wepchniemy. Przy niewielkich wahaniach sprawdzamy pięciogramową strzykawką Record przez przyssanie, czy igła nie tkwi w naczyniu (nie wciągnie krwi).

Jeżeli w nakłutem miejscu nie natrafiliśmy na jamę opłucnej, nakłuwamy inne miejsce.

Wyjątkowo, — i to po nabraniu wprawy —, wolno tak postąpić: Układ napełnić tlenem i z nim w połączeniu pozostawić; tak ustawić butlę A 2 i kurek pneumometru, by przy istniejącem połączeniu między igłą i butlą A 1 tlen stał pod ciśnieniem O. W takich warunkach poszukujemy igłą wolnej jamy opłucnej, względnie miejsca stykania się obu listków opłucnej; jeśli igła w takiem właśnie miejscu zatrzyma się i rozsunie te listki, to utworzona próżnia wessie gaz, o czem pouczą nas rytmiczne ruchy pneumometru.

Przy pierwszej insuflacyi wprowadzam nie więcej, niż 500 cm sześc. azotu; ze względu na serce nie jest wskazana zbyt nagła zmiana stosunków ciśnienia w klatce piersiowej; być też może, że ucisk zbyt mocny wtłoczyłby do naczyń włoskowatych za wiele naraz toksyn, co może źle wpłynąć na ustrój (tak tłomaczyć muszę objawy toksyczne, występujące w parę godzin po zabiegu). Podczas wprowadzania gazu śledzimy na pneumometrze wahania ruchów oddechowych; od czasu do czasu zamykamy kurek D i sprawdzamy, jak silne ciśnienie zapanowało w jamie opłucnej. Ciśnienie to obok ilości wprowadzonego gazu i podmiotowych wrażeń chorego rozstrzyga o ostatecznej ilości gazu, jaką za każdym razem wprowadzić wolno.

Odmy podskórnej prawie nigdy nie miałem. Uniknąłem jej, stosując dwa środki ostrożności: po pierwsze po ukończeniu zabiegu wyciągałem igłę bardzo powoli, wysuwając ją stopniowo z każdej warstwy ściany klatki piersiowej; powtóre, przy wyjmowaniu igły otwierałem kurek igły Küssa, jeżeli w układzie było ciśnienie dodatnie.

Jako miejsca nakłucia klatki piersiowej polecić należy okolice następujące: od przodu drugie i trzecie międzyżebrze, gdzie mi się udawało znajdować wolną jamę opłucną po wielokrotnych bezskutecznych poszukiwaniach w innych okolicach; z boku — międzyżebrze szóste i siódme; z tyłu — najniższe międzyżebrza albo okolice międzyłopatkowe.

Jeżeli wytworzona odma sztuczna nie uciska płuca dostatecznie, obkłuwamy płuco z różnych stron, wytwarzając odmę wielokomorową.

O roli manometru w wykonawstwie odmy sztucznej mówił już wyczerpująco kol. Dłuski.

O tem, czy należy dążyć do zupełnego ucisku płuca, czy też tylko do rozluźnienia jego tkanki, pomówię poniżej.

Już z tego, że nawet najsilniejszy ucisk, istniejący tuż po insuflacyi, słabnie potem z powodu wsysania się gazu, wynika jasno, że zupełny ucisk płuca, zupełna jego nieruchomość nie jest możliwa. Wogóle zaś odmę zupełną osiągamy stosunkowo rzadko. O wiele częstsza bywa odma niedoskonała, komorowa; i taka jednak odma może czynnościowo wystarczyć do wywołania zamierzonego wyniku leczniczego.

Częstość zapaleń opłucnej w przebiegu przewlekłych suchot płucnych sprawia, że zrosty opłucne są u chorych na suchoty prawidłem, najczęściej więc możemy wytworzyć tylko odmę komorową, a wynik leczniczy zależy od tego, czy w uciśniętym odcinku płuca usadowione jest ognisko gruźlicze, w danej chwili czynne. Zrosty szczytowe grają tu rolę nie często, wtedy jedynie, jeżeli w płacie górnym znajduje się wielka jama, a więc kiedy zrost szczytowy przeszkadza zapadnięciu się tej jamy. Najcięższą przeszkodę techniczną stanowią zrosty płaskie, boczne; są to zrosty twarde, uniemożliwiające powiększanie wytworzonej odmy (lub wręcz uniemożliwiające wytworzenie odmy): wysokie ciśnienie odepchnie daleko śródpiersie, naderwie tkankę płucną, wtłoczy i przedziurawi ściankę jamy płucnej, naderwie naczynie przebiegające w rozciągniętym jakimś zroście, — wszystko to nieraz łatwiej, aniżeli odłuszczy mocny zrost płaski.

Dlatego należy unikać wysokiego ciśnienia. Jeśli te zrosty ustępują, to raczej przed uciskiem długo trwającym, stałym, niż przed nagłem a znacznem zwiększeniem ciśnienia. Spostrzegałem przypadek powstania odmy dwukomorowej w taki sposób, że przez szparę w zroście gaz przedostawał się pod opłucnę oddalonego odcinka płuc i tam wytwarzał drugą komorę odmową. Powstanie odmy dostatecznej zależy więc często od warunków, nie dających się przewidzieć, ani opanować.

Naogół ciśnienie w odmie doskonałej nie potrzebuje podczas wdechu przewyższać zera; w odmie niedoskonałej musimy stosować większe ciśnienie. Nie są to jednak jakieś zasady bezwzględne, bo — mojem zdaniem — stopień stosowanego ciśnienia zależy od charakteru przypadku,

względnie od celu, do jakiego zabieg zmierza. Ale o tem dalej będzie mowa.

Reinsuflacye powtarzamy z początku co 2—3—4 dni, potem rzadziej, n. p. co tydzień, co miesiąc, co sześć tygodni — stosownie do szybkości, z jaką gaz zostaje wessany, względnie — zależnie od nawrotu objawów chorobowych, jakie były już przez odmę usunięte.

(Dokończenie nastąpi).

Z c. i k. szpitala zakaźnego w Łobzowie.
(Komendant lekarz sztabowy Dr Z. Scharf).

O rozpoznawaniu i leczeniu ospy

podał

Dr Maryan Gieszczykiewicz,

lekarz asystent c. k. obrony krajowej, asystent Uniw. Jagiell.

(Według odczytu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem d. 21. VI. 1916).

W czasach pokojowych należała ospa u nas do chorób rzadszych, wojna jednakże wywołała w Galicyi, obok innych, także epidemię ospy i uczyniła sprawę rozpoznania i leczenia ospy znowu aktualną. W ostatnich czasach miałem sposobność prowadzić baraki dla chorób wysypkowych ostrych w Łobzowie przez 8 miesięcy, t. j. od połowy września 1915 aż do połowy maja 1916, a więc właśnie przez zimę, w której w Galicyi szerzyła się zastraszająca epidemia ospy, dopiero przez energiczną akcyę Książęco-Biskupiego Komitetu i Uniwersytetów krajowych stłumiona. Oprócz tego mogłem korzystać z zapisków mojego poprzednika, Dr R. Ohrensteina, z wiosny i lata 1915, które zwłaszcza przy zestawianiu statystyki starałem się uwzględniać.

Przez szpital w Łobzowie przesunęło się 113 chorych na ospę, z tego 44 przypadków ospy prawdziwej, 68 ospy złagodzonej (variolois). Oprócz tego kilkadziesiąt przypadków rozpoznano jako ospę wietrzną; mojem zdaniem w tej liczbie kryje się wiele przypadków poronnej formy ospy prawdziwej.

Postrachem zarówno dla laików, jak dla lekarzy, jest ospa krwotoczna. Rozróżniamy dwie jej formy: ospę krwotoczną krostkową (variola pustulosa haemorrhagica) i plamicę ospową (purpura variolosa). Pierwsza polega na pojawianiu się krwi w krostach w okresie ropienia, druga na występowaniu wybroczyn w okresie wysypywania się (st. eruptionis), zanim jeszcze dojdzie do zropienia. Plamica ospowa jest to najcięższa forma ospy, wiodąca bardzo szybko do zejścia śmiertelnego. Spostrzegałem w Łobzowie dwa takie przypadki; w jednym z nich, gdzie badałem krew bakteryologicznie, udało mi się stwierdzić we krwi za życia obecność paciorkowców hemolitycznych. Jakkolwiek na zasadzie jednego badania trudno wyciągać ogólne wnioski, to przecież uzasadnionem wydaje mi się twierdzenie, że przynajmniej część tej, dość trudnej do wytłómaczenia formy ospy polega na zakażeniu mieszanem, a mianowicie na dołączeniu się paciorkowca hemolitycznego do zakażenia ospowego.

Dokładne wywiady co do szczepienia udało mi się zebrać w 22 przypadkach ospy prawdziwej i 30 ospy złagodzonej. Nieszczepionych było 5, tudzież 2 szczepionych wprawdzie, lecz bez skutku, czyli tak jakby nieszczepionych. Z tych 7 zmarło 4, czyli 57%, 2 wyzdrowiało po ciężkim przebiegu, u jednego przebieg był lekki. Rewakcynowani z wynikiem dodatnim zapadali tylko na ospę złagodzoną (variolois), u rewakcynowanych z wynikiem ujemnym występowała jednakże ospa prawdziwa o ciężkim przebiegu (3 przypadki). Znaczna część chorych na ospę (24) była szczepiona bezpośrednio przed zachorowaniem, więc w okresie wylęgania, lub tuż przed zakażeniem.

Śmiertelność na ospę w Łobzowie wynosiła 13 na 113, czyli 11·5%, z tego przypada 3 na zupełnie nieszczepionych, 1 był szczepiony, ale bez wyniku, czyli właściwie liczyć można 4 nieszczepionych, 1 był szczepiony przed 20 laty, 6 szczepionych lub rewakcynowanych w ostatnich kilku dniach przed zachorowaniem, u 2 brak zapisków.

Że szczepienie z wynikiem dodatnim chroni przed ospą, jest pewnikiem, nie dającym się obalić, sporną może być jedynie kwestya czasu, przez który trwa odporność, kiedy się zaczyna i jak długo się utrzymuje. Otóż co do czasu trwania odporności zaznaczyć muszę, że było zaledwie kilku chorych, którzy byli szczepieni z pozostaniem blizn w ostatnich 10 latach. Szczepienie, odległe od zachorowania o kilkanaście lat, łagodziło zawsze przebieg choroby. Co do terminu, od którego począwszy, szczepienie działa, to rzecz ta na podstawie materyału łobzowskiego przedstawia się w sposób następujący. Jeżeli szczepienie zostanie wykonane więcej niż na 3 tygodnie przed zachorowaniem, a zatem jeszcze przed zakażeniem, to nie dochodzi do wybuchu choroby. Natomiast mieliśmy 2 chorych, którzy podawali, że byli szczepieni na 3 tygodnie przed zachorowaniem, 6 zaś, którzy mówili, że na 2 tygodnie przed zachorowaniem, a stan krost szczepiennych nie sprzeciwiał się wywiadom. Były to wszystko poronne, złagodzone formy ospy. Zdaje się zatem, jeżeli przyjmiemy okres wylęgania ospy na 8—16 dni, że szczepienie w tych dniach, kiedy następuje zakażenie, niezawsze chroni przed zachorowaniem, zawsze jednak łagodzi przebieg choroby. Także szczepienie w najbliższych dniach po zakażeniu, o ile nie zapobiega, to łagodzi przebieg choroby. Inaczej jednakże ma się rzecz, jeżeli szczepienie zostało wykonane w ostatnich 4 dniach przed zachorowaniem, czyli przeszło tydzień po zakażeniu. Wtedy przebieg choroby był z reguły ciężki i często kończył się zejściem śmiertelnem. Mianowicie blizko połowa zmarłych w Łobzowie na ospę, to byli właśnie szczepieni w ostatnich dniach przed zachorowaniem; szczepienie, wykonane w tym okresie, nie chroni już przed chorobą mimo dodatniego wyniku, nawet nie łagodzi przebiegu, przeciwnie zakażenie przebiega szczególnie złośliwie, tak, że nie mogę oprzeć się wrażeniu, iż istnieje przy ospie, jak zresztą przy innych szczepieniach ochronnych, okres ujemny, trwający kilka dni, i nie jest dobrze dla chorego, jeżeli początek choroby na ten okres przypadnie.

Co do rozpoznawania ospy, chciałbym głównie podać, jak poszczególne objawy, uznane za znamienne dla ospy, dały się w praktyce zużytkować i z jakiemi pomyłkami rozpoznawczemi miałem sposobność się spotkać.

Rozpoznanie ospy prawdziwej w okresie wysypki od chwili, kiedy w guzkach zaczyna się nagromadzać płyn, nie przedstawia żadnych trudności i należy do najłatwiejszych zadań dyagnostyki lekarskiej. Trudności rozpoznawcze przedstawia tylko ospa w okresie początkowym i poronna jej forma, t. zw. ospa złagodzona (variolois).

Co do rozpoznania ospy w okresie początkowym (stadium invasionis), t. j. w ciągu pierwszych 2—4 dni choroby, zanim jeszcze pojawi się wysypka, to jest to zadanie niezmiernie trudne, w większości przypadków wręcz niemożliwe do rozwiązania, w najlepszym razie tylko z pewnem prawdopodobieństwem. Miarą trudności, jakie tu nastręcza rozpoznanie, jest fakt, że z 11 przypadków ospy, które przybyły do Łobzowa w tym okresie, żaden nie został przez lekarza przysyłającego, ani lekarza dyżurnego, przyjmującego, rozpoznany jako ospa, nawet nigdzie ospy nie przypuszczano: 7 przypadków przyszło jako dur brzuszny, w 4 przypadkach rozpoznano odrę, w jednym dur plamisty. Raz tylko jeden z kolegów pokusił się o rozpoznanie ospy w okresie wtargnięcia; kolega ten przysłał

nam poprzednio kilku chorych, podejrzanych o dur, gdzie później stwierdzono ospę. Gdy w kilka dni potem zgłosił się w jego batalionie do wizyty lekarskiej chory z wysoką gorączką, nagłym początkiem choroby, bólami w głowie i w krzyżach, chory, który świeżo przybył z wschodniej Galicyi, kolega ów zaryzykował rozpoznanie ospy w okresie wtargnięcia i właśnie się pomylił, bo, jak się później okazało, nie była to ospa, lecz dur plamisty. Fakt ten przytaczam dla lepszej ilustracyi trudności, jakie w praktyce rozpoznanie ospy w okresie wtargnięcia nastręcza.

Z objawów wymienianych jako charakterystyczne dla ospy w tym okresie, spotykamy prawie zawsze nagły początek, u nas przeszło w 90% wszystkich przypadków. Jest to objaw wysoce charakterystyczny dla ospy, zwłaszcza, jeśli chodzi o odróżnienie jej od duru brzusznego. Czasami spotyka się wprawdzie w ostatnich dniach przed zachorowaniem krótkotrwałe wzniesienia ciepłoty — miałem sposobność spostrzegać to w jednym przypadku zakażenia szpitalnego — chory czuje się jednakże przytem względnie dobrze i właściwy początek choroby odcina się zupełnie ostro od tych objawów zwiastunowych. Dreszcze z początkiem choroby spotyka się również w ogromnej większości przypadków (w Łobzowie około 80%). Ból głowy należy do stałych objawów okresu wtargnięcia ospy; spotykałem go niemal w 100% przypadków. Objawy te występują jednakże i w innych chorobach zakaźnych, jak zapalenie płuc i dur wysypkowy. Objaw, podawany ogólnie jako bardzo charakterystyczny dla ospy, mianowicie ból lędźwiowy, spotykałem w 59% przypadków; w 41% chorzy nie przypominali sobie bólów w krzyżach, mimo że bardzo dokładnie pamiętali dreszcze, bóle głowy, nudności i t. p. objawy. Nudności w okresie wtargnięcia spotykałem w $^2/_3$ ciężkich przypadków ospy, wymioty w połowie tychże przypadków. Okres wtargnięcia ospy złagodzonej przebiega częściej bez nudności i wymiotów. Nieraz zdarzają się pod koniec okresu wtargnięcia krwawienia z nosa.

Różyca ospowa (rash) jest również objawem, podawanym jako bardzo charakterystyczny dla ospy. Objaw ten występuje jednakże tylko w niewielkim odsetku przypadków ospy i wiedzie częściej do pomyłek rozpoznawczych, niż na właściwą drogę. Mayringer (1) spostrzegał w Wiedniu 1907 r. różycę przedospową 3 razy na 160 przypadków, Morawetz (2) w czasie epidemii wojennej 3 na 1200 przypadków. W Łobzowie spostrzegano różycę przedospową 3 razy. Rozróżniamy 2 rodzaje różycy przedospowej. Jeden typ jest podobny do wysypki odrowej. Pamiętam doskonale przypadek, który tak był podobny do odry, że został nam przysłany z tem rozpoznaniem i przy przyjmowaniu ani ja, ani koledzy, którzy ten przypadek widzieli, nie mieliśmy żadnych wątpliwości co do trafności rozpoznania i posłaliśmy chorego na oddział odrowy. Tymczasem ku ogólnemu zdziwieniu wysypka na drugi dzień znikła, a na jej miejsce wystąpiła wysypka ospowa. Różyca odrowata tem się różni od odry, że odra zajmuje przedewszystkiem twarz, natomiast różyca sadowi się głównie na tułowiu i kończynach. Plamki Koplika, silne objawy nieżytowe spojówek i dróg oddechowych będą przemawiać za odrą, brak ich, względnie słabe nasilenie pozwolą przypuszczać ospę. Różyca odrowata pozwala rokować korzystnie, z reguły poprzedza ospę złagodzoną. Czasem, jeśli różyca jest słabiej rozwinięta, przypomina bardzo obfitą różyczkę przy durze brzusznym lub w jeszcze większym stopniu wysypkę przy durze plamistym. Przeciw durowi plamistemu przemawiać będzie wczesne występowanie plamek (już na 2 lub 3 dzień choroby), przeciw durowi brzusznemu oprócz wymienionej cechy nagły początek, leukocytoza. W wątpliwych przypadkach niemałe znaczenie posiada zebranie wywiadów co do szczepienia. Stwierdzenie świeżych blizn po szczepieniu pozwala prawie zawsze ospę wyłączyć. Pomieszać z różycą przedospową można pewne formy rumienia toksycznego, który często przebiega z gorączką. Nieraz rozróżnienie tych dwu spraw jest możliwe dopiero po kilkudniowej obserwacyi.

Drugi rodzaj różycy przedospowej jest zbliżony do wysypki płoniczej i sadowi się z reguły w t. zw. trójkącie Simona na udach i dolnej części brzucha. Przy płonicy jednak gardło bywa silniej zajęte, a wysypka sadowi się także na innych częściach skóry. Różyca o typie płoniczym jest ze względu na rokowanie gorsza. W szpitalu w Łobzowie spostrzegaliśmy wyłącznie różycę o typie odrowym. Różyca jest objawem efemerycznym, wątpliwości z tego powodu nie trwają nigdy długo.

Niemałe trudności rozpoznawcze przedstawia również ospa w pierwszych dniach wykwitania (stadium eruptionis). Pierwszym wykwitem jest plamka. Kilka takich plamek, rozrzuconych po tułowiu, niejednokrotnie żywo przypomina różyczkę durową, jednakże plamka ospowa nigdy nie ma tego jasnoróżowego odcienia, jak różyczka durowa, od początku jest znacznie ciemniejsza i jakkolwiek blednie pod uciskiem, to przecież nie znika zupełnie. Podobna może być do wysypki przy durze plamistym — pomyłki w tym kierunku się zdarzały — lub do wysypki kiłowej. Wątpliwości trwają jednakże niezmiernie krótko, po kilku, kilkunastu godzinach już bowiem plamka przetwarza się w guzek, a również ilość plamek zwiększa się niemal z godziny na godzinę. Pierwsze plamki niekoniecznie pojawiają się naprzód na twarzy, owszem, ze względu na to, że twarz jest przy ospie najsilniej zajęta, występuje pierwszy okres wysypki ospowej na twarzy często w formie rozlanego zaczerwienienia, mniej wpadającego w oko, niż pojedyncze plamki na skórze tułowia. Kiedy wysypka obficie pokryje całe ciało, powstaje obraz, nieraz łudząco przypominający odrę tak, że nawet starzy, znani interniści, przysyłali do Łobzowa ospę z rozpoznaniem odry. Z drugiej strony odra, zwłaszcza po kąpieli, daje czasem obraz wysypki, ogromnie przypominający ospę, zwłaszcza gdy skutkiem zadrażnienia skóry wysypka stanie się silnie wyniosłą ponad poziom skóry, a nie jest zbyt obfitą. Przeciw odrze a za ospą przemawiać będzie brak wybitniejszych objawów nieżytowych ze strony spojówek, nosa, gardła, oskrzeli, dalej spadek gorączki i euforya w okresie wysypywania się, a za odrą plamki Koplika, wysoka gorączka w okresie wysypywania się, silne objawy nieżytowe.

Uniknąć można błędów rozpoznawczych bardzo łatwo, jeżeli się nie określa rozpoznania odrazu, lecz obserwuje się chorego przynajmniej kilkanaście, najlepiej 24 godzin. Wysypka ospowa zmienia się w tym czasie tak szybko, że ta jej zmienność sprowadza nas w rozpoznaniu na właściwą drogę.

Pewne podobieństwo do ospy w pierwszym okresie wysypki dają niektóre formy trądzika (acne vulgaris). Jeżeli chory z atypowym trądzikiem dostanie zapalenia płuc, grypy lub innej choroby zakaźnej, mogą powstać wątpliwości, czy guzki na twarzy i na klatce piersiowej nie są pierwszym okresem ospy. Za trądzikiem przemawiać będzie usadowienie w okolicach ciała, charakterystycznych dla tej sprawy, stwierdzenie łojotoku, zaskórników (comedones), za ospą uniwersalne występowanie wysypki. Duże wątpliwości może dawać złośliwa kiła, występująca z wysoką gorączką. Wysypka kiłowa zaczyna się jednak od tułowia, guzki nie są tak jędrne, niema tak długo trwającego okresu pęcherzykowego. Wreszcie można posługiwać się próbą Wassermanna.

Wysypka ospowa w swym najpierwszym okresie sadowi się z upodobaniem w miejscach przekrwionych. Jeżeli chory w przeddzień zachorowania zostanie zaszczepiony przeciw cholerze, durowi lub ospie, co miałem również sposobność spostrzegać kilka razy w Łobzowie, to zdarzyć się może, że skóra dokoła miejsca szczepienia będzie pokryta wysypką o charakterze nawet guzkowym, gdy reszta skóry będzie jeszcze niezajęta. Tak samo często sadowią się pierwsze plamki w miejscach, narażonych na ucisk. Kąpiel wpływa ogromnie na rozwój wysypki, której obraz na kilka

godzin po kąpieli może być do niepoznania różny. Nieraz pierwsze wykwity sadowią się na błonie śluzowej gardła, co umożliwia czasem rozpoznanie, zanim wysypka zajmie całą skórę.

Gdy zaczyna się ropienie, wówczas wątpliwości rozpoznawcze przy ospie prawdziwej znikają, żadna bowiem sprawa chorobowa nie daje tak wielkiej ilości krost o jednakowym, charakterystycznym typie. Natomiast wielkie trudności sprawia odróżnienie złagodzonej formy ospy (ospianki, variolois) od ospy wietrznej. Sprawa ta została jednakże w wyczerpujący sposób omówiona w tegorocznym »Przeglądzie lekarskim« przez kol. Friedberga (3), tak że nie pozostaje mi nic innego, jak odesłać czytelnika do tego, ze wszech miar zasługującego na uwagę artykułu, który kilkoma tylko uwagami chciałbym uzupełnić.

Zazwyczaj za zasadniczy szczegół przy rozróżnieniu tych dwu spraw uważa się równoczasowość wszystkich wykwitów w ospie złagodzonej (variolois), a występowanie wszystkich okresów obok siebie w ospie wietrznej. Tymczasem już Biegański (4) w swojej »Dyagnostyce różniczkowej« podkreśla, że o ile równoczasowość wykwitów jest cechą, wysoce charakterystyczną dla ospy prawdziwej, o tyle nie da się to zastosować do ospy złagodzonej, przy której, kiedy jedne krosty są już zupełnie wytworzone, lub nawet zasychają, inne przedstawiają obraz grudki lub plamki. W tej chorobie często też spotykamy grudki lub pęcherzyki, które nie przechodzą w krosty. Spostrzeżenie to potwierdza na zasadzie materyału 1200 przypadków Morawetz (2), autor, który w wątpliwych przypadkach wydatnie posługiwał się dyagnostyką doświadczalną na rogówce królika. Mojem zdaniem występowanie kilku okresów wysypki obok siebie nie wyłącza jeszcze ospy złagodzonej i zgodnie z Biegańskim uważam stwierdzenie kilkudniowego okresu wtargnięcia z wysoką gorączką za ważniejszy o wiele szczegół rozpoznawczy, niż sam obraz wysypki.

Co do dyagnostyki doświadczalnej chciałbym zaznaczyć, że do posługiwania się odczynem rogówkowym na króliku nie jest niezbędną pracownia, zaopatrzona w mikroskopy i mikrotomy, że bardzo dużo daje sam obraz makroskopowy szczepionej rogówki. Doświadczenie wykonywa się według Paula (5) w ten sposób, że zapuszcza się do obu ócz królika 2—5% rozczyn kokainy i po kilku minutach wysusza się dokładnie worek spojówkowy. Następnie rysuje się rogówkę kilkakrotnie w kratę igłą, brzegiem szkiełka nakrywkowego lub innem podobnem narzędziem i szczepi się ropę podejrzaną. Po 48—72 godzinach, jeżeli pasorzyt ospy w ropie był obecny, wytwarzają się na rogówce charakterystyczne guzki, przechodzące później w pęcherzyki z zagłębieniem talerzykowatem w pośrodku. Guzki te nie zlewają się z sobą, w przeciwieństwie do zmian, wywołanych przez drobnoustroje ropotwórcze, które prowadzą do więcej rozlanego zmętnienia rogówki, wychodzącego od rys, gdy natomiast przy ospie rogówka pozostaje zresztą czysta, a rysy znikają. Przy ospie wietrznej rogówka nie okazuje żadnych zmian. Guzki ospowe na rogówce wyglądają jak bańki powietrza, a tem się od nich różnią, że nie dają się usunąć przez przesuwanie powieki. Szczególnie wyraźnie uwydatniają się po wyłuszczeniu oka i utrwaleniu w alkoholowym rozczynie sublimatu (dwie części nasyconego rozczynu sublimatu, t. j. 2 grm, zagotowane w 30 cm^3 wody przekroplonej, poczem dodaje się 1 część alkoholu absolutnego) jako kredowo białe punkty na zmętniałej pod wpływem odczynnika rogówce. Przy wyłuszczeniu oka należy uważać, żeby nie zakrwawić rogówki. W typowych przypadkach pozwala już makroskopowy obraz tak spreparowanej rogówki na stwierdzenie ospy. W niewielu wątpliwych przypadkach można taką rogówkę w odrobinie alkoholu przesłać do odpowiedniego zakładu dla zbadania co do ciałek Guarnieriego.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr med. Bolesław Dębiński: **Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.** (Wydawnictwo »Gazety lekarskiej«, Warszawa 1916).

Monografia B. Dębińskiego, znanego badacza w dziedzinie gruźlicy, stanowi cenny nabytek dla naszego piśmiennictwa, nie obfitującego zbytnio w badania nad sztuczną odmą opłucną. — Autor z właściwą sobie ścisłością naukową, połączoną z bystrością wytrawnego klinicysty, obejmuje całokształt pytań, dotyczących zarówno teoretycznej, jak i praktycznej strony sztucznej odmy. Idąc krok za krokiem w jego monografii, spotykamy przedewszystkiem w »rysie historycznym« podkreślenie zasług Carsona, który pierwszy w r. 1882 położył teoretyczne podwaliny sztucznej odmy i wykonał ją na króliku, co nie zmniejsza bynajmniej zasług Forlaniniego, a następnie Brauera i Saugmanna. Technika przedstawiona jest zwięźle, ale bardzo dokładnie, tak że nie obznajmionemu z nią toruje właściwą drogę do poznania. Autor słusznie podnosi dwie bardzo ważne rzeczy, formułując je w następujący sposób: 1) nie wprowadzać gazu, gdy nie mamy ciśnienia ujemnego i wyraźnych wahań manometrycznych, 2) w razie podejrzenia, że koniec igły znajduje się w płucach, należy przekonać się za pomocą strzykawki Record, czy nie dostaniemy krwi. Również słusznie twierdzi autor, że metoda »cięcia« Brauera nie ma żadnej wyższości nad zwykłem nakłuciem i wcale skuteczniej nie chroni, jak wykazuje praktyka, przed zatorem gazowym; chodzi tylko o to, aby nakłucie było »lege artis« wykonane. Powstaje tylko jedna wątpliwość, czy wpuszczanie z reguły 300—400 cm^3 azotu podczas pierwszego nakłucia przy istnieniu wolnej jamy opłucnej, nie jest ilością zbyt małą, przyjmując naturalnie za zbyt dużą ilość 2000—3000 cm^3 (Murphy, Lemke). Autor uzasadnia swą dawkę tem, że wpuszczenie większej ilości azotu wywołuje przykre uczucie duszności, ucisku i t. d. Sądzimy na podstawie doświadczenia różnych badaczy, że ilość dwukrotnie większa nie sprowadza — a chyba sprowadzić może wyjątkowo — owo przykre uczucie u chorego. W sprawie powikłań opisuje autor różne postacie rozedmy i bliżej zatrzymuje się nad wysiękami, które we własnej praktyce spotykał rzadko, tylko w 15% przypadków, gdy średnio zdarzają się w 50%, wedle cyfr z dostępnego nam piśmiennictwa. Podkreśla też, zgodnie z Arthurem Mayerem, konieczność badań cytologicznych, bakteryologicznych i chemicznych, a to celem zdobycia, stosownie do wyniku tych badań, odpowiednich wskazówek klinicznych. A Mayer, jak wiadomo, uważa tylko wysięki z dużą ilością komórek eozynochłonnych, którym towarzyszy obecność swoistych niweczników, za powikłanie pomyślne; takie wysięki należy pozostawić samym sobie. Inne zaś, a mianowicie wysięki o charakterze gruźliczym lub ropnozakaźnym, należy, zdaniem autora, stopniowo usuwać i wprowadzać azot. Autor z dobrym skutkiem leczył przypadek odmy samoistnej z wysiękiem ropnym, sięgającym do kąta łopatki, wpuszczając — wedle metody Röslera — przy początkowych aspiracyach na miejsce wypuszczonego płynu mniejsze stosunkowo ilości azotu. Dotykając najważniejszych powikłań: rzucawki opłucnej i zatoru gazowego, rozróżnia Dębiński przypadki, należące do pierwszej lub drugiej kategoryi, wbrew krańcowym poglądom Forlaniniego i Brauera, z których pierwszy wszystko przypisuje rzucawce, a drugi — zatorowi. Autor upatruje przyczynę lżejszych objawów, jak zawroty głowy, wymioty, zmiany w tętnie i t. p. w rzucawce, zaś ciężkie zaburzenia (drgawki, utrata przytomności, porażenia połowicze lub całkowite), uważa za następstwo zatoru. Wreszcie do powikłań w przebiegu leczenia odmy zalicza autor krwotoki płucne, których miał aż 3 na 27 przypadków (dwa lekkie, a jeden śmiertelny), gdy średnio zdarzają się znacznie rzadziej, jak nas poucza piśmiennictwo. Krwotoki takie, można powiedzieć, są istotnie rzeczą przypadku Z drugiej znów strony za pomocą dwukrotnej insuflacyi azotu (razem 925 cm^3) powiodło się autorowi wstrzymać obfity, 2 tygodnie trwający krwotok płucny. Wspominając o przypadkach Finziego i Faguioliego, sądzi Dębiński, zgodnie z nimi, że przy takich upartych krwotokach uciśnienie płuca przez odmę jest zupełnie uzasadnione. Przechodząc do wskazań, słusznie Dębiński podnosi, że nietylko postacie przewlekłe z nacickami lub jamami ograniczonemi, lecz i postacie ostre, jak serowaciejące zapalenie płuc (pneumonia lub bronchopneumonia caseosa), ze względu na brak zrostów znakomicie nadają się do leczenia odmą sztuczną. W przypadku zaś Nr 4 (phthisis caseosa dextra) wynik śmiało można nazwać znakomitym. — Mówiąc o przeciwwskazaniach, do których za-

liczone są zmiany gruźlicze rozległe, głębokie i postępujące w obu płucach, charłactwo, gruźlica jelit, oraz powikłania gruźlicy przez ciężkie schorzenia innych narządów (cukrzyca, niewyrównane wady serca i t. p.), słusznie Dębiński zaznacza rolę zrostów. Powtarzamy dosłownie: »Obecność zrostów opłucnej nie może być właściwie uważana za przeciwwskazanie do odmy sztucznej, lecz za niemożliwość wykonania odmy, o ile listki opłucnej są zrośnięte całkowicie (synechia totalis pleurae), lub też tylko za utrudnienie, o ile zrosty są częściowe (synechiae partiales pleurae)«. — Ale też równie słusznie dodaje Dębiński, że ani badanie fizyczne, ani rentgenowskie nie rozstrzygają tu ostatecznie, lecz zgodnie z doświadczeniem tylko insuflacya. Stosownie do ilości i jakości zrostów i ich rozluźniania się przy insuflacyi, nastąpić może całkowita lub częściowa odma, lecz i ta zgodnie z doświadczeniem »może być bardzo pożyteczna«.

Przechodząc do wyników Dębińskiego, należy je uważać za bardzo pomyślne Przedewszystkiem co się tyczy bezpośrednich wyników, widzimy wyraźnie dodatni wpływ odmy na gorączkę, kaszel, plwocinę, na poprawę stanu ogólnego i łaknienia. Jeśli rozpatrzeć bliżej jego materyał kliniczny, który bezwątpienia jest ciężki, to i trwałe wyniki gorzej się nie przedstawiają. I tu należy podkreślić przypadek Nr 8, gdzie nastąpiła przy utracie gorączki nietylko poprawa w ciężko zmienionem płucu, lecz i zabliźnienie owrzodzeń gruźliczych krtani. Przytaczamy autora dosłownie: »Tak więc na 27 chorych, dotkniętych gruźlicą ciężką, rozpadową i gorączkujących wysoko, u 7 otrzymano poprawę długotrwałą, u 5 — poprawę czasową, u 6 — nastąpiło pogorszenie, u 7 — nie można było wytworzyć odmy. Wreszcie u jednego chorego był zatrzymany ciężki krwotok płucny i jeden chory z wysiękiem ropnym znacznie się poprawił«.

Piszemy się też dosłownie na ostateczny wniosek: »Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że chorzy ci byli w ciężkim stanie i, rzec można, skazani na śmierć niechybną, to musimy dojść do przekonania, że odma sztuczna jest metodą, która stanowi istotny postęp w leczeniu gruźlicy płucnej...« »Metoda ta jest długotrwała, żmudna, wymaga dużo cierpliwości ze strony lekarza i chorego, lecz daje niekiedy wyniki tak nadzwyczajne u ciężko chorych, że sowicie opłaca włożone trudy. Mniemam, że niestosowanie tej metody w przypadkach, w których istnieją odpowiednie wskazania, stanowi błąd w wykonywaniu sztuki lekarskiej«.

Wspomnieć wreszcie należy, że dodane w końcu pracy rentgenogramy w liczbie 12, obrazowo ilustrują stan chorego płuca przed i po wytworzeniu odmy sztucznej.

K. Dłuski (Zakopane).

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

I. Posiedzenie Wydziału Izby 19 maja 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prezydenta Dr Kohlberger, członkowie wydziału Dr Drzymalik i Dr Mikołajski.

Usprawiedliwili swą nieobecność: zastępcy wydziałowych Dr Meisels i Dr Kielanowski.

Prezydent konstatuje odpowiedni komplet do uchwał i otwiera posiedzenie.

1. Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2. Prezydent zdaje sprawę z podpisania imieniem Izby IV pożyczki wojennej w sumie 40.000 kor.

3. Prezydent zawiadamia, że podjęto ratę rządowego zasiłku w kwocie 4.222 kor. 50 hal.

4. Gminy Cieszanów, Tyśmienica i Kamionka Strumiłowa proszą o interwencyę w sprawie pozyskania lekarzy. Uchwalono pomieścić odpowiednią odezwę w dziennikach.

5. Izba lekarska styryjska zawiadamia o wysłaniu pisma z odpowiedzią na zapytanie Związku Towarzystw ubezpieczeń od wypadków. Przyjęto do wiadomości.

6. Odczytano i przyjęto do wiadomości pismo Dr Z. z S. w sprawie udzielenia zapomogi.

7. Odczytano pismo wdowy po lekarzu p. Kaczurbowej w sprawie udzielenia pożyczki zwrotnej. Uchwalono odpisać, że Wydział pożyczek w zasadzie nie udziela — uwzględniając jednak wyjątkowe krytyczne położenie petentki udziela jej zapomogę w kwocie 100 kor.

8. Wybór zastępcy przewodniczącego »Kasy chorych lekarzy« na okres 3-letni. Wybrano ponownie Dr Kwiatkiewicza.

9. Pismo Dr M. z I. z zapytaniem, czy lekarzowi, wezwanemu do domu chorego, przysługuje prawo żądania osobnego honoraryum za badanie i ordynacyę innych osób, przedstawionych mu dodatkowo do ordynacyi. Uchwalono odpowiedzieć w myśl referatu Dr Drzymalika twierdząco.

10. Pismo Dr Bierera ze Lwowa w sprawie wysokości wynagrodzenia za ordynacyę podczas inwazyi w domu sierot. Uchwalono odnieść się do kuratoryi Zakładu sierot izrael. z prośbą o wyjaśnienie.

11. Pismo Dr B. ze Lwowa w sprawie reklamacyi od służby wojskowej Uchwalono potwierdzić, że liczba dentystów we Lwowie spadła z 40 na 12.

12. Podania lekarzy o uwolnienie od opłat do Izby. Chir. W. z M. uwolniono za r. 1916 całkowicie. Dr B. z K. uwolniono za r. 1915 i 1916 od $^2/_3$ części. Dr S. z L. za r. 1916 od połowy. Dr S. z G. za 1914 od $^2/_3$, za 1915 całkowicie, za 1916 od $^2/_3$ części.

13. Na pismo c. k. Administracyi podatków z zapytaniem o miejsce pobytu Dr B. z L. uchwalono odpisać, że obecnie służy przy wojsku.

Rada honorowa.

14. Przyjęto do wiadomości wypracowany przez referenta tekst sprawozdania Wydziału Izby do c. k. Namiestnictwa w sprawie rekursu Dr O. z L. przeciw uchwale Rady honorowej z 5. listopada 1915.

II. Posiedzenie Wydziału Izby 31 maja 1916

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, zastępca czł. Wydz. Dr Meisels.

1. Odczytano i przyjęto do wiadomości protokół z posiedzenia 19 maja 1916.

2. Prezydent odczytuje zreferowane przez siebie podanie do c. k. Ministerstwa spraw wewn. w sprawie zatwierdzenia statutu kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach. Przyjęto do wiadomości.

3. Prośba gminy Busk o lekarza. Uchwalono oprócz ogłoszenia w gazetach odnieść się do Komendy II armii w celu eksponowania tam jakiegoś lekarza, znającego języki krajowe. Tak samo ma się postąpić z prośbą gminy Kamionka Strumiłowa.

4. Pismo Dr L. z O. o poparcie jego podania do c. k. Namiestnictwa w sprawie podwyższenia dyet za delegacye w celu tłumienia epidemii tyfusu plamistego. Uchwalono poinformować petenta, że musi wnieść podanie o remuneracyę, a Izba to podanie poprze.

5. Pismo Dr W. z L. w sprawie partactwa technika dentystycznego B. uchwalono odstąpić c. k. Prokuratoryi Państwa.

6. Prezydent podaje, że na zaproszenie mającego się zawiązać Stowarzyszenia srebrnego krzyża dla rezerwistów wziął udział w posiedzeniu konstytuującem.

7. Pismo Wiedeńskiej Izby lekarskiej w sprawie przyłączenia się do podjętej przez nią akcyi celem skonstatowania, o ile zdrowa albo chora publiczność ponosi szkodę przez obecne wojenne ograniczenia aprowizacyjne. Uchwalono odpisać, że ze względów technicznych i z powodu, że pewna część kraju jest jeszcze w ręku nieprzyjaciela, nie jest Izbie możliwem zająć się skutecznie tą sprawą.

8. Pismo Wydziału wykonawczego Izb lekarskich w sprawie dodatków drożyźnianych dla lekarzy kolejowych. Przyjęto do wiadomości z tem, żeby równocześnie poinformować się u referenta Wydziału krajowego co do dodatku drożyźnianego dla lekarzy okręgowych.

9. Udzielono zapomogi wdowie po chirurgu p. Rosenöhlowej 70 kor., wdowie Schmidtowej 100 kor., wdowie Dortheimerowej 100 kor.

10. W sprawie kwestyonaryusza, rozesłanego lekarzom co do strat materyalnych, poniesionych przez lekarzy wskutek wojny, uchwalono prosić referenta o przyspieszenie referatu.

III. Posiedzenie Wydziału Izby 14 czerwca 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger członkowie Wydziału Dr Drzymalik i Dr Mikołajski, zastępca czł. Wydziału Dr Meisels.

1. Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2 Pismo c. k. Namiestnictwa górno-austryackiego i wdowy po lekarzu p. Kaczurbowej w sprawie jej podania do Rządu

o pensyę wdowią wskutek śmierci męża. Uchwalono odnieść się do pani K., aby przysłała odpis swego rekursu do c. k. Ministerstwa.

3. Pismo Wojennego Zakładu kredytowego w sprawie szkód, poniesionych przez lekarzy wskutek wojny. Uchwalono odpowiedzieć, że Izba przyjmie na siebie obowiązek współdziałania i ma już ku temu zebrane materyały.

4. Pismo Towarzystwa asekuracyjnego »Friedrich Wilhelm« o wskazanie dwóch zaufanych lekarzy. Uchwalono, że Izba nie może wyróżniać lekarzy i załączyć tylko spis lekarzy Towarzystwa wzaj. ubezp. w Krakowie.

5. Odczytano skargę Dr G. z L. przeciw Dr B. z L. i uchwalono ją przedłożyć Radzie honorowej.

IV. Posiedzenie Wydziału Izby 23 czerwca 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg.

1. Prezydent zawiadamia, że Dr Leńko dziękuje Wydziałowi Izby za skuteczne zajęcie się sprawą jego honoraryum lekarskiego i składa na ręce prezydenta kwotę 100 kor. dla wdów i sierot po lekarzach.

2. Prezydent odczytuje pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie zażalenia Dr K. na c. k. Starostwo w D. z powodu nieprzyjmowania świadectw szczepienia, wydawanych przez prywatnych lekarzy, zmieniające wskutek interwencyi Izby pierwotne zarządzenie Starostwa.

3. W sprawie Dr Dorosza z Przemyśla przeciw tamtejszej Kasie chorych Zarząd kasy nadsyła wyjaśnienie, które uchwalono przesłać Dr D.

4. Uchwalono przesłać gratulacye prezydentowi Izby wiedeńskiej Dr Fingerowi z powodu 60-lecia urodzin.

5. Prezydent zawiadamia, że w sprawie kredytów dla lekarzy za pośrednictwem Wojennego Zakładu kredyt. jest obecnie w toku konferencya Izby adwokackiej i inżynierskiej z Izbą lekarską.

6. Prezydent podaje do wiadomości, że podjął starania o zapewnienie w razie ewakuacyi odpowiedniej ilości lekarzy dla wykonywania praktyki we Lwowie.

V. Posiedzenie Wydziału Izby 5 lipca 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg, zastępca czł. Wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent zdaje sprawę z audyencyi u p. Namiestnika w sprawie zabezpieczenia pomocy lekarskiej we Lwowie na wypadek ewakuacyi, jakoteż powrotu zakładników-lekarzy.

2. Prezydent podaje do wiadomości, że w sprawie dodatków drożyźnianych lekarzy okręgowych informacye, zasięgnięte u referenta Wydziału krajowego, wykazały, że Wydział krajowy udzielił wszystkim lekarzom okręgowym dodatek drożyźniany w rocznej kwocie 1200 kor.

3. W sprawie poumieszczanych w różnych sklepach miasta Lwowa anonsów dentysty Dr W. odczytuje prezydent pismo c. k. Komendy wojskowej jako odpowiedź na odezwę Izby z 10 lutego 1916. Uchwalono zawezwać zastępcę Dr W. do Izby i zażądać od niego wyjaśnienia co do tego zastępstwa, oraz zażądać, ażeby wszystkie anonsy sklepowe usunął. Rezultat tego przesłuchania ma się przedłożyć Wydziałowi Izby.

4. Odczytano odpowiedź kuratoryi Zakładu sierot izr. w sprawie remuneracyi Dr B. z L. i uchwalono przesłać interesowanemu.

5. Prezydent podaje do wiadomości, że w sprawie kredytów wojennych dla lekarzy był obecny na wspólnej konferencyi Izb adwokackiej, notaryalnej i inżynierskiej, na której wypracowano memoryał z postulatami, uchwalonymi przez te Izby, do Wojennego Zakładu kredytowego. Odczytuje projekt takiego memoryału od Izby lek. wsch.-galic., przez siebie wypracowany. Wydział przyjmuje projekt bez zmian.

6. Wydział wykonawczy Izb lekarskich podaje do wiadomości, że:

a) W myśl rozkazu Najwyższej Komendy wojsk. z 16/4 1916 będą odtąd lekarze pospolitego ruszenia awansować podług tury.

b) Deputacya Wydziału wykonawczego i organizacyi lekarzy była u Ministra spraw wewn. w sprawie ubezpieczenia społecznego i wydania nowej ordynacyi dla Izb. W obu sprawach przedłożono memoryały.

c) W myśl rozporządzenia całego Ministeryum z 19/3 1915 z terminem obowiązującym od 1/4 1916 Dz. p. p. 69 z 21/3 1916 § 1485 ustawy cyw. należytości lekarskie z tym dniem (t. j. od 1/4 1916) w ciągu 3 lat się przedawniają.

d) Wydział wykonawczy proponuje utworzenie stałego komitetu z delegatów Wydziału i Związku państwowego organizacyi, któryby zajmował się stale sprawą ubezpieczenia społecznego.

Uchwalono przyjąć treść pisma do wiadomości, a w sprawie ad d) odpowiedzieć, że Izba wsch.-galic. zgadza się zasadniczo na wybór komitetu i jego proponowany skład z tem zastrzeżeniem, że wybór jego w tym składzie jest ważny tylko do końca wojny, i że byłoby pożądanem, aby w przyszłości w tym komitecie zasiadał przynajmniej jeden delegat z Izb galicyjskich.

VI. Posiedzenie Wydziału Izby 19 lipca 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg; zastępca czł. Wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent odczytuje pismo Komendy Armii o przydzielaniu lekarzy z Galicyi pochodzących, powołanych do służby wojskowej, a będących w wieku od 43 do 50 lat, do miejscowości galicyjskich, a to ze względu na brak lekarzy cywilnych.

2. Prezydent powiadamia o konkursie na 5 posad lekarzy okręgowych w okręgu Piotrkowskim i na jedną taką posadę w Radymnie.

3. Prezydent powiadamia, że spis imienny lekarzy, pozostać mających we Lwowie, wręczył komisarzowi rządowemu. Zapewniono go, że legitymacye będą, na wypadek ewakuacyi, doręczone Izbie.

4. Prezydent podaje do wiadomości, że pismo w sprawie wymiany zakładników-lekarzy wysłano wprost na ręce c. k. Namiestnika.

5. Wdowie po lekarzu p. K. w sprawie jej rekursu do Ministeryum uchwalono odpisać, że Izba rekursu poprzeć nie może; możliwem jest tylko poparcie starania o różnicę między pensyą obecnie pobieraną, a pensyą, którąby jej przyznało Ministerstwo z tytułu śmierci męża na tyfus plamisty. Uchwalono dalej doradzić pani K. wniesienie podania o wymierzenie pensyi w drodze łaski.

6. Dr Kohlberger referuje w sprawie podwyższenia taks sądowolekarskich i proponuje podwyższenie na razie wszystkich taks do podwójnej wysokości, zanim taryfa, uchwalona na XVI wiecu Izb, nie zostanie definitywnie załatwiona. Uchwalono wypracowany memoryał przesłać do Wydziału wykonawczego z prośbą o zwrócenie się do Ministerstwa sprawiedliwości, — odpis zaś referatu uchwalono przesłać wszystkim Izbom.

7. W sprawie zatargu Dr B. z kuratoryą Zakładu sierot izr. uchwalono odpisać petentowi, że Izba lek. oszacuje czynności lekarskie w tymże domu sierot wtedy dopiero, jeśli petent zwróci się do c. k. Sądu, a Sąd takiego oszacowania zażąda.

8. Prezydent odczytuje komunikat c. k. Ministerstwa w sprawie oszczędności w lekarstwach, wskazanej wojennymi stosunkami.

Rada honorowa.

9. W sprawie zażalenia Dr G. z L. na Dr B. z L. uchwalono wezwać obu, celem przesłuchania, na dzień 1/8 b. r.

10. Referent Dr Drzymalik odczytuje protokół z przesłuchania Dr W. zastępcy powołanego do służby wojskowej Dr W., który oświadcza protokolarnie, że każe usunąć anonsy sklepowe i odpowiednio do żądania Izby będzie ściślej kontrolował technika dentystycznego. Wobec tego dalsze postępowanie zastanowiono.

I. Zjazd polskiej medycyny wojskowej
w Warszawie 2 i 3 lutego 1917.

Biuro I Polskiego Zjazdu medycyny wojskowej ogłasza uchwały Zjazdu w brzmieniu następującem: 1) Zjazd wyraża życzenie, aby w celu zabezpieczenia dostatecznej i umiejętnej opieki lekarskiej rannym i chorym żołnierzom wojska polskiego — wezwać lekarzy-polaków do jak najliczniejszego wstępowania do szeregów armii polskiej. 2) Wobec odczuwanego w Królestwie braku lekarzy i faktu, że wielu z nich musi pozostawać w szpitalach cywilnych większych miast, Zjazd wyraża życzenie, aby przy organizowaniu pomocy szpitalnej zużytkowano w charakterze ordynatorów i konsultantów tych lekarzy cywilnych, którzy do służby iść nie będą mogli. 3) Zjazd wyraża żądanie, aby

przy organizowaniu armii polskiej poczynione zostały wszystkie możliwe starania o ustanowienie szpitali wojskowych polskich, podlegających jedynie zarządzeniom sztabu polskiego. 4) Pożądanem jest utrzymywanie stałego kontaktu pomiędzy lekarzami cywilnymi i wojskowymi przez odpowiednią komisyę stałą. 5) Prezydyum Zjazdu zechce zwrócić się z prośbą, aby Wydziały lekarskie Uniwersytetów Jagiellońskiego i lwowskiego zorganizowały wykłady z zakresu medycyny polowej dla słuchaczy medyków wyższych semestrów. 6) Konieczne jest zorganizowanie dobrej pomocy dentystycznej na tyłach i froncie armii pod kierunkiem wykwalifikowanych lekarzy-dentystów; przy oddziałach chirurgicznych winny być urządzone gabinety dentystyczne oraz pracownie dla przygotowania protez i t. d. 7) Należy utworzyć w Warszawie organizacye centralne dla przygotowania służby pomocniczej (sanitarno-pielęgniarskiej). Organizacya ta będzie miała prawo tworzenia filii na prowincyi. 8) Potrzeba stworzyć dla zwalczania chorób wenerycznych wśród wojska polskiego odpowiednie szpitale i oddziały lecznicze; powołać odpowiednich specyalistów konsultantów do odwiedzania w pewnych odstępach czasu garnizonów i obozów wojskowych; pouczać żołnierzy za pomocą pogadanek i przepisów o niebezpieczeństwie zarazy i środkach zapobiegania; umożliwić wszędzie badanie mikroskopowe i serologiczne. 9) Zorganizować kursy dopełniające dla lekarzy wojskowych w zakresie różnych specyalności. 10) Uwzględnić w szerszym zakresie leczenie chorób uszu; powołać specyalistów dla leczenia lżejszych przypadków chorób ucha na froncie; stworzyć na tyłach odpowiednie oddziały dla badania przypadków cięższych, przesyłanych z frontu oraz dla badania rekrutów. 11) Zorganizować ze względu na gwałtowną potrzebę opiekę państwową nad inwalidami wojennymi i stworzyć dla nich odpowiednią szkołę. 12) Zakładać sanatorya dla żołnierzy suchotników. 13) Ustalić w armii polskiej prowadzenie ścisłej statystyki i listy strat oraz badać systematycznie rozwój fizyczny żołnierza polskiego. 14) Zbierać materyały do historyi służby zdrowia w Legionach. 15) Wysłać telegram powitalny w imieniu Zjazdu do Dr A. Kwaśnickiego, jako pracownika na niwie naukowej, społecznej i politycznej.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Dla kolegów, członków Towarzystwa, zamieszkałych na prowincyi, zniżono opłatę wkładki do Towarzystwa na rok 1917 z 25 koron na 18 kor., z tego powodu, że odbierają tylko jeden organ Towarzystwa, a mianowicie »Przegląd lekarski«, gdyż lwowski Tygodnik lekarski na razie jeszcze nie wychodzi.

Na wdowy i sieroty w roku 1916 ofiarowali: Profesorowa Gilewska, jak każdego roku, 1.000 kor., z których 500 już przysłała w grudniu 1915, Prof. Machek 300 kor., Dr Gabryszewski z Zakopanego 50 kor., Dr Morawski z Kołomyi złożone przez kolegów zamiast wieńca dla ś. p. kolegi Bujalskiego 38 kor., Dr Feldmann z Jarosławia 30 kor.

Biuro Towarzystwa ogłasza, że jednorazowe zapomogi dla wdów i sierot, z wyjątkiem bardzo nagłych przypadków, odtąd udzielać się będzie dwa razy na rok, a mianowicie przed 1. kwietnia i 1. listopada.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 21. II. b. r. posiedzenie, na którem prezes w gorących słowach uczcił pamięć ś. p. prof Dobrowolskiego, poczem Dr Borowiecki przedstawił trzy przypadki z kliniki neurologicznej prof. Piltza, a Dr Bier, kierownik Zakładu badania środków spożywczych, miał wykład p. t.: »Mąka i chleb wojenny«, objaśniony licznemi demonstracyami. Po wykładzie i dyskusyach, w których przemawiali kol. Blassberg, Borowiecki, Ciechanowski, Majewski, Marciszewicz, Nowotny, Spira, Wachnianin, zwiedzono Zakład, urządzony za staraniem Dr Biera nader celowo i umiejętnie.

Najbliższe posiedzenie odbędzie się d. 28. b. m. w klinice chorób wewnętrznych.

Lwów. Izba lekarska podaje do wiadomości wszystkich lekarzy następujący komunikat Fizykatu m. Lwowa: »Od pewnego czasu zwracają się do Fizykatu miejskiego bardzo liczne strony o urzędowe potwierdzenie prywatnych poświadczeń lekarskich na potrzebę poboru białej mąki z powodu choroby lub podeszłego wieku. Ponieważ poświadczenia te prywatne nie są świadectwami lekarskiemi, wystawionemi »lege artis«, t. j. według obowiązującej normy zaopatrzonemi stemplem na 2 korony, upraszam Szanowną Izbę lekarską wschodnio-galicyjską o powiadomienie wszystkich we Lwowie ordynujących lekarzy, by tego rodzaju poświadczenia wydawali tylko za złożeniem stempla na 2 korony«.

— Celem uczczenia pamięci ś. p. Dr Waleryana Frankowskiego, starszego lekarza miejskiego we Lwowie, lekarze miejscy złożyli do rąk Prezydenta Izby lekarskiej, Dr Papée, zebraną pośród siebie kwotę 100 koron z przeznaczeniem na fundusz wdów i sierot po lekarzach do Izby przynależnych.

Warszawa. Sekcya ginekologiczna Towarzystwa lekarskiego warszawskiego urządza ankietę co do zmian i zaburzeń w narządach płciowych kobiecych pod wpływem niedostatecznego odżywiania. Kwestyonaryusz, ułożony przez osobną komisyę, otrzymywać można z kancelaryi Towarzystwa lekarskiego (Warszawa, Niecała 7), a wypełnione schematy zwracać należy tamże najdalej do 30 kwietnia b. r.

— Wyższe Kursa naukowe urządziły kursa uzupełniające dla lekarzy szkolnych, na których wykładają prof. Abramowski, Dr Biehlerowa, Brunner, Knappe, Kopczyński, prof. Kłos, Dr Orłowski, Rottermund, Szmurło i dziekan prof. Stołyhwo.

— Nakładem Kasy im. Mianowskiego wyszło tłomaczenie »Anatomii« Henlego-Merkla, dokonane przez grono lekarzy warszawskich pod redakcyą prof. Lotha. Cena 2 tomów (tekst i atlas) 10 rubli.

Zmarli: Dr Tadeusz Pakosz, starszy lekarz sztabowy, w 56 r. ż., w Krakowie; Dr Walery Frankowski, lekarz miejski we Lwowie, w 51 r. ż.; Dr Stanisław Kochanowicz, lekarz zarządzający głównej Stacyi Pogotowia ratunkowego (więziony i zesłany na Syberyę, gdzie przebył 10 lat), w 44 r. ż. w Warszawie; Dr Stanisław Krzyżanowski w 40 r. ż. w Otwocku (z duru plamistego); Dr Karol Gross, były prymaryusz szpitala izraelickiego, były radny miasta, we Lwowie w 81 r. ż.; chirurg prof. Wölfler (z Pragi) w Wiedniu; fizyolog prof. Bernstein w Halle.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 28. **lutego** 1917 o godzinie 6 wieczór **w klinice chorób wewnętrznych** (Kopernika 15). Na porządku dziennym wykład Dr Waltera: W sprawie rokowania i leczenia wiewióra u kobiet.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar- 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek. Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Nr 9. Kraków, 3. marca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 3. marca 1917. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z c. i k. szpitala zakaźnego w Łobzowie.
(Komendant lekarz sztabowy Dr Z. Scharf).

O rozpoznawaniu i leczeniu ospy

podał

Dr Maryan Gieszczykiewicz,
lekarz asystent c. k. obrony krajowej,
asystent Uniw. Jagiell.

(Według odczytu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem d. 21. VI. 1916).

(Dokończenie).

Nie brak również prób zastosowania serologii w tym kierunku. Mianowicie idąc za przykładem Wassermanna, który podał metodę serodyagnostyczną kiły niezależnie od odkrycia krętka bladego, próbowało wielu autorów zastosować odczyny serodyagnostyczne w chorobach o nieznanym zarazku. W ospie stosowano z prób serodyagnostycznych prawie wyłącznie metodę odchylenia dopełniacza. Pierwszy wprowadził ją Beintker (6) w pracowni Czaplewskiego w Frankfurcie. Opracowywali ją zaś Sugai (7), Bermbach (8), Dahm (9), Kryłow (10), Teissier i Gastinel (11), Arzt i Kerl (12), Klein (13), Konschegg (14). Jako antygenów używano wyciągów z narządów osób zmarłych na ospę, z ropy, ze strupów ospowych, wreszcie krowianki. Najlepszym okazał się wyciąg wodny, względnie karbolowowodny z ropy lub ze strupów ospowych.

Odczyn ten przerobiłem wraz z kol. Sierakowskim w Zakładzie higieny Uniw. Jagiell. na kilkunastu przypadkach. Stosowaliśmy jako antygen wyciąg karbolowowodny z zasuszonej ropy chorego na ospę i krowiankę. Rozmaite porcye krowianki rozmaicie się zachowywały, o wiele lepsze wyniki dawał wyciąg z ropy. Wyciąg alkoholowy, albo antyforminowy nie dał się zastosować, również wyciągi wodne z ropy nieospowej były bez działania.

Odchylenie dopełniacza występuje stale przy ospie, i to nietylko w ciężkich, lecz także w lekkich przypadkach, nie występuje natomiast przy ospie wietrznej, ani w innych chorobach. Odczyn ten wypada jednakże ujemnie w pierwszych dniach choroby, a dodatnio po pojawieniu się wysypki. Nadaje się zatem głównie do rozróżnienia ospianki od ospy wietrznej, w mniejszym stopniu może znaleźć zastosowanie przy ospie prawdziwej, gdzie w okresie początkowym za ospą przemawiać będzie wynik ujemny.

Odczyn utrzymuje się po wyleczeniu dość długo; zdania autorów są pod tym względem podzielone, zdaje się zależnie od tego, z jak czułym antygenem operowano. W szpitalu w Łobzowie obserwowaliśmy wynik dodatni jeszcze w kilka miesięcy po wyzdrowieniu.

Odczyn ten występuje również u szczepionych, tak że dla zużytkowania wyniku dodatniego ważną jest rzeczą stwierdzić, jak dawno badany był ze skutkiem szczepiony krowianką. Ponieważ jednakże przy ospie złagodzonej okres szczepienia jest zwykle o kilka lat co najmniej odległy od zachorowania, to szczegół ten nie upośledza wartości odczynu tak, jakby się na pierwszy rzut oka zdawało.

Tyle uwag nasuwa mi się co do rozpoznawania ospy. Co do leczenia, pragnąc uniknąć powtarzania rzeczy ogólnie znanych, chciałbym w pierwszym rzędzie omówić próby leczenia swoistego tej tak ciężkiej sprawy chorobowej. Jakkolwiek próby te nie doprowadziły dotychczas do stanowczego wyniku, jakkolwiek nie potrafimy jeszcze tak leczyć ospy, jak umiemy jej zapobiegać i głównem zadaniem lekarza przy łożu chorego na ospę jest leczenie objawowe, to jednak ideałem leczenia chorób zakaźnych będzie zawsze leczenie swoiste, a warunkiem osiągnięcia tego ideału jest poznanie prób, dotychczas w tym kierunku przedsięwziętych.

Metody, które okazały się skuteczne w innych sprawach chorobowych, stosowano również w ospie. W szczególności chciałbym wspomnieć o seroterapii i wakcynoterapii, chemoterapii i fototerapii.

Co do seroterapii, to doświadczenia, wykonane na zwierzętach głównie przez autorów francuskich [Camus (15), Courmont i Montagard (16)], wykazały, że w surowicy zwierząt uodpornionych na ospę, a więc cieląt, służących do uzyskania krowianki i królików, znajdują się ciała odpornościowe, jednakże własności lecznicze występują dopiero przy stosowaniu tak olbrzymich ilości surowicy (mniej więcej kilkaset cm^3), że praktycznie nie wchodzą w rachubę. Pfeiffer (17) wprawdzie uzyskał odporność cielęcia zapomocą 30 cm^3 odwłóknionej krwi cielęcia szczepionego, a Hlava (18) miał uzyskać odporność u dzieci przeciwko szczepieniu już zapomocą kilku cm^3 surowicy cielęcia, które dostarczyło krowianki, odosobnione te spostrzeżenia pozostają jednakże w sprzeczności ze zdaniem większości autorów. Ja stosowałem w 2 przypadkach surowicę cielęcia, które służyło do uzyskania krowianki (z zakładu prof. Bujwida w Krakowie) w ilości 40 cm^3 podskórnie. Wyniki były nieszczególne, jeden przypadek wyszedł wprawdzie bardzo szybko, mimo że się dość ciężko zapowiadał, w drugim jednakże miałem dość nieprzyjemne powikłanie, mianowicie w kilka godzin po wstrzyknięciu wystąpiły objawy czerwonki. Nie powiodło mi się jednakże rozstrzygnąć, czy to było poprostu powikłanie ospy z czerwonką, czy też były to objawy nadwrażliwości. Bakteryi swoistych w stolcu nie powiodło się wykryć, sekcya wykazała typowe owrzodzenia dysenteryczne w jelicie grubem. Prób wytworzenia swoistej surowicy leczniczej było mało, głównie dla rzadkości ospy w krajach cywilizowanych. Próby seroterapeutyczne dotyczyły głównie surowicy cieląt, służących do uzyskiwania krowianki, ponieważ materyał ten jest łatwo dostępny i nie wymaga osobnych zachodów.

Surowicę ozdrowieńców stosowali przy ospie we Francyi Teissier i Marie (19). Brali oni krew ozdrowieńców między 25. a 40. dniem choroby i stosowali surowicę

w ilości 25—100 cm^3 w 13 przypadkach ciężkiej ospy. 5 chorych zmarło, 8 wyzdrowiało. Po wstrzyknięciu spostrzegali ci autorowie polepszenie stanu ogólnego, ciepłoty, tętna i działalności nerek. Ja stosowałem surowicę ozdrowieńców w 2 przypadkach rozpaczliwej ospy (jeden plamicy ospowej), w jednym 10 cm^3, w drugim 20 cm^3, spostrzegałem jednakże tylko nieznaczne, krótkotrwałe polepszenie; obaj chorzy potem zmarli. Być może, że przy stosowaniu większych ilości surowicy osiągnąłbym lepsze wyniki, wnosząc z analogicznych doświadczeń przy innych sprawach zakaźnych. Metoda ta jest bardzo żmudna, gdyż trzeba z wielkimi zachodami i wieloma ostrożnościami przyrządzać samemu lek, lecz bardzo interesująca i logiczna.

Autoseroterapia jest metodą, w ostatnich czasach w niektórych sprawach chorobowych gorąco polecaną. Polega na dość apriorystycznem założeniu, że przez krzepnięcie krwi ciała odpornościowe, które w osoczu były nieczynne, nietylko stają się czynne, lecz także uzyskują własność aktywowania, tak że wprowadzone z powrotem do ustroju nietylko same działają, lecz także aktywują nieczynne ciała odpornościowe w osoczu. Metodę tę stosuje się w ten sposób, że surowicę krwi chorego wstrzykuje się w ilości kilku cm^3 podskórnie temu samemu choremu, powtarzając to kilkakrotnie. Metodę tę stosowałem w jednym ciężkim przypadku ospy, nie widziałem jednakże żadnego wyniku, chory zmarł.

Co do wakcynoterapii, to szczepienie w toku ospy nie przyjmuje się, próbowano natomiast wstrzykiwań krowianki. Niestety prace do tego się odnoszące (Amallo 20) znajdują się w takich czasopismach, które są mi obecnie niedostępne, tak że ani takich wstrzykiwań nie stosowałem, ani nic bliżej o nich podać nie mogę.

Co do chemoterapii, to leczenie ksylolem powszechnie zarzucono. Z modnych środków nowoczesnych należy przedewszystkiem salwarsan do takich, których próbowano w najrozmaitszych sprawach zakaźnych. Przy ospie stosowali salwarsan Sandor (21), Liuki i Wohlfart (22), Belin (23), Poljansky (24), Heller (25), Nicolle i Conor (26), Rumpel (27), Lenzmann (28), Camus (29). Korzystne wyniki spostrzegać mieli Sander, Lenzmann i Heller; inni nie widzieli ani polepszenia, ani pogorszenia. Stosowałem salwarsan w jednym przypadku ciężkiej ospy. Wstrzyknąłem w okresie pęcherzyków jednego dnia 0·3, drugiego 0·6 neosalwarsanu w zgęszczonym roztworze śródżylnie. Spostrzegałem pewnego rodzaju polepszenie, spadek gorączki, mimo że sprawa wchodziła w okres ropienia; niestety na trzeci dzień po ostatniem wstrzyknięciu ciepłota poszła w górę i nazajutrz chory zmarł, a sekcya wykazała jako bezpośrednią przyczynę śmierci powikłanie ospy przez świeże zupełnie zapalenie włóknikowe górnego płatu płuca lewego. Przypuszczam, że powikłanie to (zapalenie płuc) było niezależne od leczenia salwarsanem, w każdym razie zamąciło ono obraz chorobowy i uniemożliwiło wyciągnięcie jakichkolwiek wniosków z tego przypadku.

Srebro kolloidalne jest środkiem, stosowanym w ostatnich czasach w najrozmaitszych sprawach zakaźnych, gdzieniegdzie ze znakomitym wynikiem. Próbowałem elektrargolu w 2 przypadkach ciężkiej ospy po 2 wstrzyknięcia śródżylne 5 albo 10 cm^3. Zauważyłem pewne polepszenie po każdem wstrzyknięciu, nie było ono jednakże tego rodzaju, jak przy zakażeniu ziarenkowcami ropnymi. Jeden z chorych zmarł, drugi wyzdrowiał. Niestety nie miałem takiej ilości elektrargolu, żeby przeprowadzić seryę wstrzykiwań dzień po dniu przez cały czas ropienia. A właśnie przy innych sprawach zakaźnych, zwłaszcza przy róży i sprawach septycznych, taka właśnie serya wstrzykiwań dawała znakomite wyniki.

Ze środków, stosowanych zewnętrznie, próbowałem maści z karbolem, ichtyolem, maści Credégo, rtęciowej, jodyny, nadmanganianu potasu, okładów z octanu glinowego, okładów alkoholowych. Stosowałem je przeważnie w ten sposób, że smarowałem jedną połowę środkiem badanym, a drugą jakąś obojętną maścią, lub pozostawiałem bez niczego i śledziłem następnie, czy nie będzie jakichś różnic między jedną połową, a drugą, co do szybkości gojenia, rozległości blizn i t. p. Otóż przy żadnym z tych środków nie widziałem jakiejś wybitniejszej różnicy. Jedno tylko zdołałem stwierdzić, że przy traktowaniu sprawy na sucho maściami lub pudrami goiła się ospa szybciej, niż przy traktowaniu wilgotnem. Jeżeli n. p. jedną rękę posmarowałem jakąś maścią, chociażby obojętną, a na drugą dałem okład n. p. alkoholowy, to pod maścią tworzyły się już strupy, kiedy pod okładem były jeszcze pęcherzyki z ropą. Dość często stosowałem również puder cynkowy, który zwłaszcza podmiotowo dobrze był znoszony. Po jodynie spostrzegałem silny odczyn zapalny. Kąpieli (permanentes Wasserbad) nie mogłem stosować z powodu małej ilości wanien w szpitalu.

Na granicy między chemoterapią i fototerapią stoi metoda, podana przez Friedbergera i Yamamoto (30). Autorowie ci badali wpływ rozmaitych środków odkażających na krowiankę i stwierdzili, że wprost swoiście działał jeden ze znanych barwików, mianowicie czerwień obojętna (Neutralrot). Barwik ten zabija pasorzyta krowianki w rozcieńczeniu 1 : 10,000.000 w ciągu 7 godzin, w rozcieńczeniu 1 : 10.000 w ciągu $^1/_2$ godziny, ale tylko pod wpływem promieni słonecznych. Bez współdziałania światła pozostaje czerwień obojętna bez wpływu. Friedberger i Yamamoto tłómaczą sobie to zjawisko fotodynamicznemi właściwościami barwika. Badali oni następnie własności zapobiegawcze i lecznicze czerwieni obojętnej i wykazali, że jeżeli u królika, szczepionego krowianką, nasmarować maścią zawierającą ten barwik miejsce szczepienia i wystawić na światło, to nie dochodzi wcale do wytworzenia się krost szczepiennych. Próbowałem w kilku przypadkach stosować ten środek bądź w postaci pędzlowania rozczynem, bądź w postaci maści. Niestety ilość światła słonecznego, jaką mogłem w ciągu ubiegłej zimy w barakach łobzowskich rozporządzać, była niezmiernie mała, a o uzyskaniu światła sztucznego, zbliżonego do słonecznego, nie było mowy. Przypadki, w których czerwień obojętną stosowałem, były średnio ciężkie lub lekkie, skończyły się wszystkie szybkiem wyleczeniem, jednakże nadzwyczajnych wyników nie widziałem.

Wspomnieć wreszcie muszę o fototerapii, metodzie Finsena. Poleca on chorych na ospę trzymać na świetle czerwonem, przypisując temu światłu szczególnie korzystny wpływ na gojenie się krost ospowych. Szereg autorów spostrzeżenie to potwierdza (Naunyn, Ottinger, Baer, Pech i t. d. 31), inni (Courmont, Ricketts i Byles 31) zapatrują się sceptycznie na tę metodę leczenia. Morawetz podnosi przeciw tej metodzie oprócz małej skuteczności jeszcze ten zarzut, że stosowanie czerwonego światła przeszkadza należytemu przewietrzaniu sali i utrzymaniu porządku i czystości. Stosowałem leczenie czerwonem światłem w kilku przypadkach i muszę podzielić sceptycyzm wyżej wymienionych autorów. Chorzy nieszczepieni zmierali i przy świetle czerwonem, a szczepieni przechodzili ospę lekko i przy białem świetle dziennem. Przytem zarówno chorzy, jak służba, znosili światło czerwone niechętnie.

Co do leczenia objawowego, to zmierza ono do podtrzymania czynności serca, odkażenia skóry i zapobieżenia wtórnym zakażeniom, do złagodzenia napięcia i przykrych dolegliwości ze strony skóry; dalej należy uważać na błony śluzowe, głównie gardła i krtani, których zajęcie sprawia chorym największe dolegliwości, wreszcie na oczy. Przy powikłaniach septycznych najlepiej działał elektrargol.

Ospa prawdziwa jest chorobą niezmiernie ciężką i przykrą. Zarówno ze względu na wysoką śmiertelność, jak i na ciężkie objawy i przebieg, jak wreszcie ze względu na trwałe zeszpecenie, zajmuje ona w rzędzie chorób zakaźnych osobliwe miejsce. Podczas gdy przy sprawach n. p. durowych jest świadomość zamroczona, to przy ospie przeważnie, zwłaszcza w okresie ropienia, jest utrzymana. Za-

burzenia świadomości przy ospie dotyczą głównie okresu wysypywania się. Dolegliwości są ogromne, zarówno ze strony skóry, jak zwłaszcza ze strony błon śluzowych gardła i krtani. Do tego dołącza się silny światłowstręt i zapalenie spojówek. Osłabienie ogólne jest znaczne, zwłaszcza gdy się zaczyna ropienie; chory, który w okresie wysypywania się zrywał się, majaczył, z chwilą, gdy nadchodzi ropienie, leży jak kłoda. Również dla otoczenia jest to choroba szczególnie przykra. Jeżeli porówna się te bardzo ciężkie przypadłości z niewinnym zabiegiem szczepienia, to doprawdy trudno zrozumieć, że mogą być jeszcze przeciwnicy szczepienia Niewątpliwie przepędzenie jednego dnia w pokoju chorego na ospę przekonałoby ich lepiej, jak wielkiem dobrodziejstwem jest szczepienie, niż wszelkie argumenty.

Piśmiennictwo. 1) Maizinger. Wien. klin. Wochenschr. 1908, Nr 11, s. 345. — 2) Morawetz. Wien. med. Wochenschr. 1915, s. 790. — 3) Friedberg. Przegląd lekarski 1916, Nr 3, s. 51. — 4) Biegański. Dyagnostyka różniczkowa. Warszawa 1896, s. 549. — 5) Paul. Centralbl. f. Bakt. Or. Bd. 75, zesz. 7, s. 518.

Serodyagnostyka: 6) Beintker. Centralbl. f. Bakteriol. Orig. T. 48, zesz. 4. — 7) Sugai. Ibid. 49, s. 650. — 8) Bermbach. Ibid. 49, s. 618. — 9) Dahm. Ibid. 51, 136. — 10) Kryłow. Ibid. T. 60, s. 651. — 11) Teissier i Gastinel. Compt. rend. Soc. de biol. T. 73, s. 264. — 12) Arzt i Kerl. Wien. klin. Wochenschr. 1913, s. 787. — 13) Klein. Münch. med. Wochen. 1914, s. 2270. — 14) Konschegg. Münch. med. Wochenschr. 1915, s. 4.

• Seroterapia: 15) Camus. Compt. rend. Acad. des sciences T. 155, s. 75, 197, 237 według Centralbl. f. Bakt. Ref. T. 55, s. 554. — 16) Cournont i Montagard. Journ. de physiol. et de pathol. gen. 1900 według Kolle-Wassermann Handbuch d. pathogen. Microorgan. T. 8, s. 759. — 17) Pfeiffer, Kolle, Wassermann j. w. — 18) Hlava. Casopis lekaru ceskych 1895, Nr 35 według Centralbl. f. Bakter. T. 18, s. 470. — 19) Teissier i Marie. Compt. r. Acad. d. Sciences 1912, s. 1536, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 56, s. 589. — 20) Amallo. Archiv f. Schifs- u. Tropenhyg. 1909, s. 409, wedł. Pribram. D. österreich. Sanitätswesen Jg. 24, 1912, s. 273.

Salwarsan przy ospie: 21) Sander. Arch. f. Schifs- u. Tropenhyg. T. 16, s. 563, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 56, s. 509. — 22) Link i Wohlfahrt. Zeitschr. f. Med. Beamte 1913, Nr 3. Beilage s. 79, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 58, s. 641. — 23) Belin. Rev. internation. de la vaccine 1911, s. 523, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 52, s. 382. — 24) Poljansky. Med. Obozrenje 1911, Nr 13, s. 45, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 51, s. 382. — 25) Heller cyt. wedł. Pribram vide 20. — 26) Nicolle i Conor. Compt. r. Soc. de biol. 70, s. 59. — 27) Rumpel cyt. w Pribram vide 20. — 28) Lenzmann. Med. Klinik 1911. — 29) Camus. Compt. r. Soc. de biol. T. 70. 1911, s. 254.

Fototerapia: 30) Fiedberger i Yamamoto. Centralbl. f. Bakt. Ref. Bd. 44. — 31) Kolle-Wassermann. Handbuch d. pathog. Microorgan. T. 8, s. 713.

O sztucznej odmie piersiowej.

Część II. kliniczna.

Przez

Dr Seweryna Sterlinga,

ordynatora szpitala fundacyi Poznańskich w Łodzi.

(Ciąg dalszy).

Metody pomocnicze.

Przyrząd Röntgena, i to w rękach dobrego specyalisty tego działu, jest niezbędny przy leczeniu odmą sztuczną; kontrola stała przy pomocy tego przyrządu jest w przebiegu leczenia konieczna.

Rola przyrządu Röntgena przed wytworzeniem odmy leży w dziedzinie dyagnostyki. W przebiegu leczenia są wyniki skiaskopii czasem jedynym sprawdzianem przedmiotowym zachowania się odmy sztucznej. Spostrzeżenia, poczynione w tym zakresie, pouczają, że tasama ilość gazu daje u różnych chorych bardzo różne obrazy. Raz widzimy pas jasny jedynie wzdłuż zewnętrznego brzegu płuca, innym razem takisam pas od strony śródpiersia. Przy warunkach sprzyjających widzimy systematyczne odsuwanie się płuca od klatki piersiowej i przepony. Czasem widzimy łamane kontury brzegów płuca. Wszystko to zależnie od obecności i siedziby zrostów. Zrost może wyciągnąć się w długi powrózek, łączący powierzchnię płuca ze ścianą klatki piersiowej lub przeponą; bywa i odwrotnie: mocny zrost wyciąga w kształt powrózka samą tkankę płucną. Czasem mała ilość wpuszczonego gazu staje się widocznym pęcherzem, choć ilość ta nie przenosi 100 czy 200 cm^3. Innym razem nie widzimy pęcherza po zastosowaniu do 1000 cm^3, choć współcześnie inne objawy (manometr!) świadczą o powstaniu odmy sztucznej. Stosunkowo rzadkim jest obraz płuca zupełnie zapadniętego; leży ono wówczas w tej okolicy, gdzie zwykle znajduje się wnęka. Częstszym jest obraz płuca zapadniętego prawie całkowicie z wyjątkiem tylko części górnej, szczytu.

Promienie Röntgena pozwalają nam ocenić obok rozmiarów i kształtu odmy jeszcze stopień przesunięcia śródpiersia, położenie serca, naczyń, tchawicy, stopień i charakter zmian w ruchach przepony. Niemałą wartość ma też obraz drugiego płuca, jego ucisk przez śródpiersie, stopień rozedmy zastępczej, wreszcie zmiany tkankowe, jeżeli takie zmiany powstają w przebiegu leczniczego stosowania odmy sztucznej.

Pneumografia i pleurografia. Ażeby skontrolować charakter ruchów oddechowych przed i po założeniu odmy sztucznej, stosuję metodę graficzną, zapisując rozmiary ruchów oddechowych każdej z połów klatki piersiowej. Używam pneumografu o dwu pelotach i sfigmokardyografu Jaqueta (krzywa 1). Tym sposobem uzyskane pneumogramy dopełniają wyniki badania, zebrane przy stosowaniu innych metod klinicznych. Dają więc przedewszystkiem pojęcie o stopniu unieruchomienia klatki piersiowej, uzyskanym przez odmę.

Próbowałem na podstawie pleurogramów wyrobić sobie zdanie o istnieniu i rozmiarach zrostów między płucem i opłucną, nie otrzymałem jednak wyników jednolitych; zrosty dają podobne krzywe pneumogramu, jak zapadnięte i skurczone płuco.

Wyraźna różnica w ruchach oddechowych obu połów klatki piersiowej uprawnia do wniosku, że w jednem płucu istnieje skłonność do bliznowacenia. Pozwala to (przy istniejących wskazaniach zasadniczych) zastosować odmę leczniczą z dobrem rokowaniem. Ale w tych właśnie przypadkach napotykamy na największe przeszkody techniczne.

Do pewnych wniosków upoważnia nas pleurogram, t. j. obraz graficzny wahań ciśnienia, panującego w jamie opłucnej (igłę Küssa łączymy z przyrządem Jaqueta) (krzywa 2). Przedewszystkiem możemy przechowywać ślady wahań ciśnienia; powtóre, metoda ta przewyższa najczulsze manometry; po trzecie wskazuje na sąsiedztwo większego naczynia, dając jego sfigmogram. Koniec igły opierać się wówczas może niekoniecznie bezpośrednio na ścianie tętnicy, lecz na zwyrodniałej, twardej tkance płucnej, w którą tętnica jest niejako wmurowana.

Torakoskopia podług Jakobaeusa. Ta metoda endoskopowa pozwala bezpośrednio oglądać opłucnę. Dostawszy się odpowiednim trójgrańcem do opłucnej (zawierającej gaz lub płyn), wprowadzamy t. zw. torakoskop (odmiana cystoskopu). Dotąd dwa razy wartość tej metody sprawdziłem; raz spostrzegłem otwór przetoki płucnoopłucnej (w przypadku ropniaka opłucnej z odmą), raz — gruzełki na opłucnej (w przypadku surowiczego gruźliczego zapalenia opłucnej).

Spirometr. Do kontrolowania głębokości oddechów, względnie wahań tej głębokości, używam tego przyrządu, który pouczył mnie o tem, jak znakomitą bywa zdolność zastępcza drugiego płuca. Tak n. p. pomimo zupełnego uciśnięcia chorego płuca wykazywał spirometr tesame cyfry po zabiegu, co i przed zabiegiem.

Parcie krwi. Na niejakie wnioski o kierunku wyników leczenia pozwala systematycznie powtarzane badanie parcia krwi. Używałem przyrządu Recklinghausena, w ostatnich zaś czasach oscylometru sfigmometrycznego Pachona. Insuflacya i reinsuflacya ma na parcie krwi wpływ szybko przemijający. Poprawie choroby towarzyszy skłonność do podnoszenia się parcia.

Z innych metod pomocniczych wymienię diatermię. Przez systematyczne ogrzewanie klatki piersiowej po stronie odmy próbowałem — licząc na rozpulchnienie zrostów i rozszerzanie się gazu, — rozciągać i odłuszczać zrosty płaskie. Wyniki nie były wyraźne, ale nie zniechęcały do stosowania tej metody.

Wstrzykiwania fibrolizyny w celu rozluźnienia zrostów nie odnosiły skutku.

Wskazania i przeciwwskazania.

Gdybyśmy w jedno zdanie ująć chcieli wskazania do stosowania leczniczego odmy sztucznej, powiedziećbyśmy musieli: Metoda Forlaniniego nadaje się do leczenia przypadków ciężkiej, wyłącznie jednostronnej gruźlicy płuc, w których niema zrostów opłucnych.

Dokładniejsze rozpatrzenie tak sformułowanego wskazania zmusza do następujących uzupełnień:

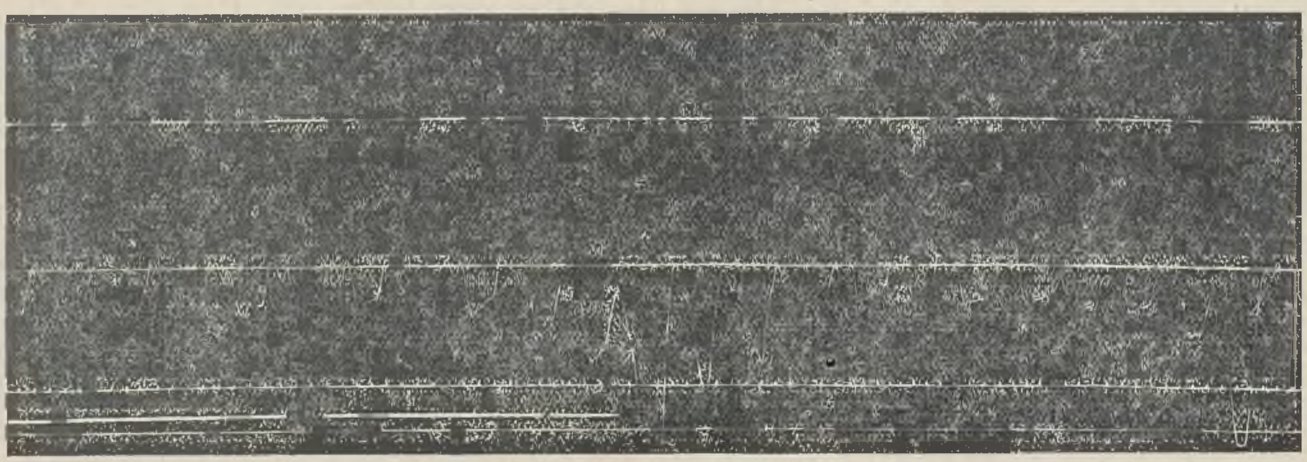
Ustalając wskazania, należy uwzględnić nietylko rozmiary, ale w równym stopniu także jakość, charakter choroby. Ciężką nazywamy chorobę, jeśli ma charakter złośliwy, postępujący, a żadna ze stosowanych metod medycyny wewnętrznej nie zdołała zmienić tego charakteru i zatrzymać postępu choroby.

I to, co określamy jako »wyłącznie jednostronne« zajęcie płuc, wymaga omówienia. Niemasz ciężkiego przypadku przewlekłej gruźlicy płuc, w którymby sprawa gruźlicza była doskonale jednostronna. Zawsze istnieją jakieś zmiany swoiste i w płucu drugiem. Główną rzeczą jest, by te zmiany drugiego płuca były zabliźnione, a co najmniej, żeby nie były postępujące, jak również, żeby blizny po przebytem cierpieniu nie zmniejszały w znaczniejszym stopniu powierzchni oddechowej tego płuca. Zrozumiałą jest rzeczą, że nawet długie i dokładne spostrzeganie nie może całkiem napewno rozstrzygnąć, czy w obrazie postępujących suchot żadnej roli nie grają zmiany gruźlicze, usadowione w płucu drugiem.

O rozmiarach zrostów i ich zbitości mało lub nic z góry powiedzieć nie możemy. To wskazanie natury techni-



Krzywa Nr 1. Pneumogram. Krzywa górna — płuca zdrowego; dolna — płuca z wielkimi płaskimi zrostami i zapadniętą klatką piersiową.



Krzywa Nr 2. Pleurogram. Nakłucie w trzeciem międzyżebrzu prawem. Między krzywemi oddechu widać sfigmogram tętnicy (głównej?).

cznej usuwa się dotąd przed wszystkiemi metodami rozpoznawczemi.

Zdanie, powyżej sformułowane, tak więc rozwinąć należy:

Do leczenia odmą sztuczną nadają się ciężkie toksyczne przypadki przewlekłych suchot płucnych, jeśli inne metody lecznicze nie mogły powstrzymać postępu choroby i jeśli stan chorego nie pozwala na dalsze próbowanie metod lecznictwa zachowawczego, oraz, jeśli sprawa gruźlicza jest usadowiona wyłącznie lub przeważnie w jednem płucu, a ognisko w płucu mniej dotkniętem niema charakteru postępującego.

Wskazanie szczególne stanowią wielkie krwotoki (z jam), powtarzające się, jeżeli umiemy określić źródło krwotoku.

W przypadkach gruźlicy postaci zapalnej (pneumonicznej) należy wyczekać, póki nie ustąpią objawy ostre. W przypadkach odmy samorodnej należy, przeczekawszy objawy wstrząsu, próbować zamienić, stosując ucisk mocny, odmę otwartą na odmę zamkniętą, (co mi się raz w stopniu doskonałym powiodło). Jeśli jest wielki wysięk opłucny (surowiczy lub nawet ropny) gruźliczy, możemy płyn wypuszczony zastąpić gazem obojętnym.

Wskazanie główne jest łatwo zrozumiałe. Stale postępująca gruźlica daje złe rokowanie, więc jest już zdobyczą terapii, jeżeli powstrzymamy postęp choroby i przedłużymy choremu życie. Wskazanie drugie mówi o tem, że musimy być pewni płuca drugiego, ono bowiem musi objąć zastępczo czynności płuca zapadniętego, nie może też zawierać ognisk czynnych, któreby nagle przejść mogły w okres postępujący. Wskazanie trzecie — krwotoki — nietylko ma na celu zadziałanie przez ucisk, ale także zapobieżenie wdechowemu (aspiracyjnemu) zapaleniu płuc.

W przebiegu gruźlicy ostrej, jeśli rozwija się ona w jednem tylko płucu, wolno próbować odmy sztucznej w tem przeświadczeniu, że szkody chory stąd nie poniesie. W okresie podostrym gruźliczego zapalenia płuc, szczególniej usadowionego w płacie dolnym, należy zawsze próbować leczenia odmą sztuczną.

Niezależnie od wskazań, związanych z charakterem choroby, istnieją wskazania natury technicznej, mianowicie obecność lub brak zrostów, ich rozmiary, postać, spoistość. Tu, jak wspomniałem, przed zabiegiem skazani jesteśmy często tylko na domysły; dopiero w przebiegu leczenia poznajemy dokładnie wymienione warunki.

Przeciwwskazana jest odma sztuczna w razie: 1. zmian gruźliczych w jelitach, 2. ciężkiej gruźlicy krtani, 3. ciężkich zboczeń w budowie lub czynności narządów krążenia, 4. ciężkich zmian paratuberkulicznych (zwyrodnień w narządach miąższowych). Ciąża nie jest przeciwwskazaniem, jeśli stan chorej nie jest zupełnie beznadziejny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 12. IV. 1916.

Obecnych członków 30. Przewodniczy kol. Piltz.

1) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2) Jednomyślnie wybrano na członków Towarzystwa kol. Stanisława Celarka i kol. Hirscha Sagana.

3) Przewodniczący zawiadomił o projekcie uczczenia prof. Dr Zygmunta Laskowskiego, który opuszcza katedrę w uniwersytecie genewskim po ukończeniu czterdziestoletniej działalności i zaproponował sprawę udziału Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w tem uczczeniu powierzyć Wydziałowi Towarzystwa.

4) Przewodniczący oznajmił obecnym o zaproszeniu przez p. Aleksandra Rumińskiego członków Towarzystwa do wzięcia udziału w spółce z ograniczoną poręką »Domu zdrowia dla rekonwalescentów w Zakopanem«. — Kol. Braun podnosił zalety tego zakładu.

5) Kol. Wespański udzielił informacyi co do spostrzeganego przez siebie przypadku **duru powrotnego**, który dawał się pierwotnie zimnicą, a kol. Lubecka przedstawiła preparaty ze krwi tego chorego, zawierające krętki Obermeyera, oraz omówiła biologię tych zarazków. — W sprawie tej demonstracyi przemawiali kol. Braun i kol. Michałowicz, omawiając spostrzegane przez siebie epidemie z lat dawniejszych.

6) Dyskusya nad odczytem kol. Latkowskiego: **Osłabienie mięśnia sercowego pod względem klinicznym.**

a) Kol. Wachtel podnosi, że osłabienie mięśnia sercowego jest pojęciem czynnościowem i zwraca uwagę na osłabienie mięśnia sercowego u żołnierzy na froncie bojowym. Wśród zgłaszających się tam żołnierzy zauważył W. trzy stopnie osłabienia mięśnia sercowego. U pierwszej kategoryi nie można było stwierdzić nic więcej prócz przyspieszonej czynności serca: tętno przyspieszone, ból w okolicy serca, duszność i bicie serca. Stan ten, przemijający po kilku dniach lub godzinach, możnaby nazwać zmęczeniem mięśnia sercowego bez powiększenia serca i bez jakichkolwiek zmian anatomicznych w sercu. Druga kategorya chorych zgłaszała się z dusznością, sinicą błon śluzowych, uderzeniem serca na większej przestrzeni, tętnieniem w dołku podsercowym, powiększeniem wątroby. Opukiwaniem można u nich było stwierdzić powiększenie serca prawego, osłuchiwaniem — szmer skurczowy, czasem rozkurczowy nad końcem serca, nie mający charakteru szmerów organicznych; w płucach można u nich było stwierdzić mierną rozedmę i liczne rzężenia wilgotne, przeważnie średniobańkowe. U tych chorych można było rozpoznać ostre osłabienie mięśnia sercowego; stan ich poprawiał się powoli, dopiero po środku sercowym. Wreszcie trzecią kategoryę chorych stanowili ci chorzy, którzy już przed wojną cierpieli na serce. Stan tych chorych nawet po środkach sercowych niezawsze się poprawiał, zwłaszcza u chorych z kiłowemi zmianami aorty. Wreszcie wspomina mówca, że przy nekroskopii ludzi młodych, zmarłych od postrzału brzusznego, bardzo często znajdował serca powiększone (14 cm w wymiarze poprzecznym), w tętnicy głównej wyniosłości na ograniczonej przestrzeni wielkości małego grochu, a niekiedy i w tętnicach wieńcowych zgrubienia. Mówca przypuszcza, że były to ostre zmiany miażdżycowe, wywołane silną emocyą po kilkunastu godzinach stania na niebezpiecznym posterunku.

b) Kol. Nowaczyński podaje szereg spostrzeżeń rentgenologicznych, dotyczących serca prawidłowego. Przedewszystkiem zaznacza, że cyfry Moritza, dotyczące wymiarów serca, w niewielkim procencie odpowiadają rzeczywistości. Różnice zaś przechylają się na stronę serc małych. Następnie zaznacza mówca spostrzegany przez siebie dość często niestosunek między wymiarami aorty a serca. Serca takie w zmienionych warunkach niewątpliwie mogą odmówić posłuszeństwa. Dalej podnosi znaczenie »cor pendulum«, jako wyraz ogólnego niedokształcenia, spotykany często u żydów. Ciekawe są serca te z konfiguracya mitralną lub aortową, stanowiące nowe odmiany serc niezupełnie prawidłowych. Ważne jest zwracać uwagę na serce małe z wadami serca, nie dosięgające wymiarów potężnych serc z wadami, a jedynie z ich konfiguracyą. Dalej zwraca uwagę na t. zw. »Kugelherz« czyli t. zw. »cor pendulum« z rozrostem komór. Z wyjątkiem serc kulistych, właściwych dla niektórych wad, uważa je mowca za serca prawidłowe. Wreszcie omawia sprawę badania napięcia mięśnia sercowego. U badanego oznacza się wymiar podłużny serca w czasie głębokiego wdechu i wydechu. W przypadkach prawidłowych wymiary te będą do siebie równoległe. W sercach słabych, zwyrodniałych, rzecz się ma inaczej. Mowca podnosi na zakończenie znaczenie badania rentgenologicznego i niemożność zdobycia obecnie spostrzeżeń zupełnych.

c) Kol. Glassner zaznacza, że prelegent mówił właściwie o zjawisku wyczerpania i znużenia serca, które spotykamy u żołnierzy w obecnej wojnie. Dla ścisłej oryentacyi należy koniecznie odróżnić postacie niedomogi, względnie jej objawy, spotykane u żołnierzy, którzy powracają z pola, od tych postaci, z któremi zgłaszają się żołnierze, zanim jeszcze w pole ruszyli. U pierwszych są skutki poniesionych trudów w postaci wyczerpania i znużenia pierwotnie całkiem sprawnego serca, u drugich mamy »a priori« mniej sprawne serca. Ze względu na brak ścisłych metod oznaczania sprawności serca należy także uwzględnić objawy drugorzędne, pochodzące z innych narządów, w związku z krążeniem pozostających. Trzeba również przy

braku zmian przedmiotowych uwzględnić wywiady. Nieraz są zmiany miażdżycowe niebadalne, a na podstawie objawów podmiotowych można o nich myśleć. Przyczyną upośledzenia sprawności mięśnia sercowego, rozwijającego się pod wpływem nadzwyczajnych świadczeń ze strony serca w czasie wojny, jest najprawdopodobniej spadek siły tonicznej mięśnia, co nawet jeden z autorów stwierdził rentgenologicznie. Czystych wad zastawkowych i nerwic jest istotnie bardzo niewiele, natomiast bardzo wiele zaburzeń przyrody mięśniowej i miażdżycowej. Zupełnie słusznie została podkreślona przez kol. L. ostrożność w rokowaniu w przypadłościach serca.

d) Kol. Michałowicz stwierdził u cierpiących na osłabienie mięśnia sercowego żołnierzy: zwiększenie stłumienia, zmianę konfiguracyi poszczególnych konturów w rentgenologicznym obrazie serca, zaostrzenie drugiego tonu na tętnicy płucnej i na aorcie, nieczystość pierwszego tonu na koniuszku serca, szybkość i łatwą uciskalność tętna. Do bardzo cennych objawów należy zaostrzenie drugiego tonu nad aortą przy zwykłej pozycyi chorego i zanik tego zaostrzenia w pozycyi z podniesionemi do góry rękami (obciążenie aorty). Mówca analizuje warunki powstawania wyżej wspomnianych objawów i zaznacza, że w bardzo wielu przypadkach osłabienia mięśnia sercowego objawy te mogą być nieobecne; badający chorego lekarz powinien w takich razach polegać przedewszystkiem na oględzinach chorego. Nawpół otwarte usta, lekkie rumieńce zastoinowe, widoczne tętnienie tętnic na skroniach, wzdłuż szyi, nad obojczykami, »in jugulo«, widoczne bicie koniuszka serca i tętnienie w dołku pod mostkiem, wreszcie sama konfiguracya klatki piersiowej (beczkowata, płaska), dają nieraz cenne wskazówki. Oglądanie daje nieraz w badaniu chorób sercowych lepsze wyniki, niż osłuchiwanie. Często bowiem osłuchiwanie i opukiwanie serca nie dają żadnych wyraźnych danych przy istniejącem cierpieniu serca. Zachodzą tu podobne warunki, jak przy badaniu wywiadów, gdzie, jak stwierdza wytrawny znawca chorób sercowych, Makenzie, podmiotowe skargi chorego mogą czasem poprzedzić na wiele lat wystąpienie objawów przedmiotowych choroby serca. Zatrudniony przy wojsku lekarz nie może polegać na wywiadzie, musi więc w braku innych danych opierać się na oglądaniu (metodzie inspekcyjnej) i kierować się przedewszystkiem swym zmysłem klinicznym.

e) Kol. Kader stawia kol. Nowaczyńskiemu zapytanie co do techniki rentgenologicznej. — Kol. Wachtel i kol. Nowaczyński przemawiają w sprawie techniki rentgenologicznej.

g) Wreszcie kol. Latkowski odpowiada poprzednim mówcom. Twierdzi, że na wywiadach niezawsze, zwłaszcza dzisiaj, polegać możemy. Zgadza się z kol. Michałowiczem, że zmysł kliniczny najwięcej znaczy. Z metod badania przypisuje większe znaczenie metodzie opukowej, niż osłuchowej. Co do miażdżycy, to powstaje ona najczęściej na tle zakażenia, nie na tle nagłych przeżyć. W prawidłowym mięśniu występuje niedomoga z przemęczenia bardzo rzadko.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 27. X. 1916.

Przewodniczy kol. Kucera, protokołuje kol. Z. Szczepański. Obecnych 38 członków.

Kol. Kucera zagaja posiedzenie, wita po feryach letnich kolegów, zapowiadając, że posiedzenia Towarzystwa będą się odbywać regularnie co dwa tygodnie, wita serdecznie kolegę prof. Becka, który, wzięty jako zakładnik, wrócił z Rosyi i kol. R. Stenzla, który jako jeniec został obecnie wymieniony. (Oklaski).

1. a) Kol. M. Franke: **Przedstawienie przypadku zimnicy złośliwej leczonej salwarsanem.** Wywiady: Chory jako żołnierz był w Albanii w r. 1916 w maju. Tam nabawił się zimnicy. Codziennie gorączkował; w końcu sierpnia udał się na urlop do Lwowa, tu dostał gorączki do 40° z potami i został oddany do szpitala garnizonowego Nr 14. Należy nadmienić, że w Tyranie, gdzie chory bawił w służbie, panuje złośliwa zimnica w armii, a śmiertelność wynosi 25%. Badanie krwi wtedy wykazało: ciałek czerwonych 2,800.000, tętno 120, ciepłota 40°. W preparatach krwi zaledwie tu i owdzie formy zimnicy pierścieniowate. Podano chininę po 3 gr. dziennie przez tydzień. Mimo to ciepłota utrzymywała się do 39°, stan się pogarszał, śledziona urosła aż do pępka i była bardzo bolesna. 18. IX. podano pierwszą dawkę (0·3) neosalwarsanu. Po dwóch dniach ciepłota spadła do poziomu prawidłowego; śledziona zmniejszyła się. Okres ten trwał przez 10 dni. Nagle znów ciepłota 40° i wtedy zjawiły się we krwi półksiężyce Laverana. 3. X. wstrzyknięto 0·4 neosalwarsanu. Wynik tego wstrzyknięcia był zły, ciepłota utrzymywała się do 40°, chory czuł się coraz gorzej, śledziona powiększała się. Wystąpiły obrzęki hydremiczne. Wstrzyknięto po raz trzeci 0·6 neosalwarsanu; wynik znów dobry, ciepłota spada. Dnia 20. X. czwarty raz wstrzyknięto 0·6; ciepłota nie spada, śledziona powiększa się; badanie krwi wykazuje ciałek czerwonych 3,700.000; wskaźnik wyższy od 1, zmniejszenie ilości ciałek białych (2800), obraz krwi, jak przy ciężkiej niedokrwistości. Obraz kliniczny: hydremia, śledziona olbrzymia, sięga aż do pępka. Chociaż chory znosił bardzo dobrze neosalwarsan, to jednak, ponieważ nie było korzystnego wpływu na stan chorobowy, zaprzestano wstrzykiwań tego środka. Mowca wstrzykuje obecnie choremu po 0·5 gr. chininy (chininum muriaticum) wśródżylnie codziennie. (Przedstawienie preparatów krwi z półksiężycami Laverana, barwionymi metodą Giemsa-Romanowskiego).

b) Kol. Franke przedstawia chorego armeńczyka z Kaukazu z postacią **zimnicy trzeciaczkowej**. Po wstrzyknięciu 0·3 neosalwarsanu wszystkie objawy zimnicy znikły. Po dwóch tygodniach nawrót. Obecnie podaje mowca choremu chininę.

Dyskusya: a) Kol. Łukasiewicz uważa stary salwarsan w tego rodzaju schorzeniach za o wiele lepiej działający, aniżeli neosalwarsan i radzi w przyszłych przypadkach spróbować starego przetworu. — b) Kol. Serbeński: Zimnica panuje w silnem natężeniu w armii na południu, osobliwie w Pola, w Sebenico, nad Isonzo. Biedl w Tyranie w 78 przypadkach zimnicy o torze trzeciaczkowym stosował neosalwarsan, ale w dawkach po 0·9 i wszystkie te przypadki, z wyjątkiem 8, gdzie były nawroty, zostały uleczone. Również w zimnicy złośliwej 0·45 neosalwarsanu w połączeniu z leczeniem chininą miało dać wynik bardzo dobry. Zapobiegawczo zaleca Biedl 0·25 chininy, żołnierz po zażyciu nie powinien dostawać przez 4 godziny żadnego pokarmu. — c) Kol. Szymański podawał w swej praktyce w cieszanowskim powiecie jeszcze przed 20 laty chorym na zimnicę, których tam wtedy było bardzo wielu, nalewkę jodową 3 razy dziennie po 5 kropel. Wyniki miał bardzo dobre, nietylko w ostrej zimnicy, ale i w cherze zimniczej. — d) Kol. Franke nie radzi w trzeciaczce podawać salwarsanu, środek ten bowiem nie dla każdego chorego jest obojętny, chinina zaś najzupełniej wystarcza. Zwraca uwagę na to, że należy być ostrożnym w wypuszczaniu chorych, a raczej chwilowo uleczonych, na urlop, mogą oni bowiem stać się rozsadnikami choroby.

2. Kol. A. Sabatowski przedstawił chorego **z chorobą Addisona i budową czaszki wieżową** (przypadek ze szpitala garnizonowego Nr 14). Chory znajduje się w szpitalu garnizonowym, chodzi bowiem o stwierdzenie, czy nadaje się do służby wojskowej. Chory od 20 lat odczuwa osłabienie siły mięśniowej, potencya zawsze była licha, od kilku lat zupełna impotencya. Sen liche, przerywany; nastrój psychiczny apatyczny, umysłowych zboczeń niema. Badanie wykazało nieznaczne zmiany szczytowe płuc. Budowa czaszki wieżowa. Uderza ciemne zabarwienie skóry o natężeniu na różnych miejscach nie równem. Plamy barwikowe na błonie śluzowej jamy ust, na napletku. Krew wykazuje mononukleozę. Tętno 72. Odczyn Wassermanna ujemny. Mowca upatruje pewien związek pomiędzy budową czaszki, a niedokształtem nadnerczy i zwraca uwagę na poronne postacie choroby Addisona; za taką postać uważa przedstawiony przypadek.

Dyskusya: a) Kol. Łukasiewicz zwraca uwagę na niejednostajne rozłożenie plam barwikowych. Wśród tych plam barwikowych występują wyraźnie blizny po drapaniu, a plamy głównie tam się znajdują, gdzie zwyczajnie w fałdach ubrania znajdują się wszy. Wobec tego mowca rozpoznaje długotrwałą wszawicę. — b) Kol. Pisek mimo, że nie odmawia słuszności wywodom kol. Łukasiewicza, rozpoznaje w tym przypadku chorobę Addisona. — c) Kol. Sabatowski: Znaną jest rzeczą w chorobie Addisona, że tam, gdzie ubranie uciska, łatwiej wytwarzają się zmiany barwikowe.

3. Kol. A. Gluziński wygłasza pierwszą część wykładu: **Uwagi nad etyologią, patogenezą i klinicznem rozpoznawaniem wrzodu dwunastnicy.** (Wykład w całości ukazał się w »Przeglądzie lekarskim« 1917 Nr 1—3).

Sekretarz: Z. Szczepański.

†

Dr Stanisław Krasowski

Śmierć ludzi prawdziwie szlachetnych sprowadza żal tak silny, że w pierwszej chwili nie możemy się zdobyć nawet na jego wyrażenie. Taki żal odczuwa się po śmierci ś. p. Dr Stanisława Krasowskiego, dyrektora szpitala w Stanisławowie, zmarłego na dur plamisty, o czem niedawno dopiero doszły tu wieści. Boleśnie pomyśleć, że ten gorący patryota nie doczekał się wolnej Ojczyzny, że ten gorliwy, niestrudzony i doświadczony pracownik tak wcześnie, bo w 50. roku życia, odszedł na zawsze od wspólnej pracy.

Był to człowiek nadzwyczajnie skromny i cichy, stroniący od zaszczytów, a swój zakres działania nadzwyczaj miłujący; zdobył sobie jednak wybitne stanowisko pracą i wyraźnie uświadomioną ważnością swego posterunku w społeczeństwie. W całem życiu i postępowaniu niezmiernie etyczny; nie była to ta etyka codzienna, zwykła, ale owa etyka wieczna, ciągle się rozwijająca i uświadamiająca w szlachetnych jednostkach, każąca działać zawsze sprawiedliwie i zawsze prostolinijnie. W pracy zbiorowej, n. p. jako radny miasta, zawsze występował jako bezpartyjny i niezależny, kierujący się wysoką moralnością i wzniosłymi ideałami. To też nawet w mieście o tak wybujałym antagonizmie trzech narodowości pozyskał sobie bezwzględny szacunek, uznanie i zaufanie władz i możnych, a miłość i wdzięczność maluczkich, którymi jego szpital był przepełniony. Na swym posterunku lekarskim zdawał się głosić hasło: »Silniejszy jestem, cięższą podajcie mi zbroję«. Toteż stan szpitala ze 120 łóżek podniósł na 250, pracując nad siły w bardzo ciężkich warunkach higienicznych, nie obniżając jednak w niczem wymagań, jakie stawia dziś nauka leczeniu, zwłaszcza chirurgicznemu. Już jako asystent krakowskiej kliniki prof. Rydygiera zaliczany był do najwybitniejszych jego uczniów. Chirurgiem był doskonałym. Toteż sława stanisławowskiego szpitala szeroko się rozchodziła, a ludność, mało oświecona i zabobonnie do lekarzy uprzedzona, tłumnie się jednak cisnęła do szpitala po zdrowie, jak tego dowodziła każdego roku zwiększająca się statystyka. Ideał naszej sztuki niósł ś. p. Krasowski wysoko, w miarę postępu podnosił i on swą pracę na wyżyny, jak prawdziwy artysta, a nie splamił jej nigdy nizką pogonią za groszem. Znalazł uznanie nawet naszych odwiecznych wrogów narodowych, gdy padł, jak żołnierz na placówce. Toteż z żalem nad Jego stratą, łączy się uczucie serdecznej podzięki i niezmąconej pewności, że nam zostawił piękny przykład do naśladowania.

Dr Karol Poliwka.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 28. II. b. r. posiedzenie, na którem Dr Rosenhauch przedstawił przypadki okulistyczne, a Dr Walter miał wykład o rokowaniu i leczeniu wiewióra u kobiet. W dyskusyach przemawiali kol. Ciechanowski, Kleczkowski, Majewski, Rosenhauch, Wojciechowski, Rosner, Krzyształowicz. Kleczkowski, Braun, Walter.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 7. marca w Domu Towarzystwa.

— Dyplom doktorski uzyskał w Krakowie p. Leon Śniegocki z Warszawy.

— W »Gazecie lwowskiej« ogłoszono konkurs na posadę lekarza do zwalczania zimnicy w powiecie bialskim z siedzibą w Bestwince. Posada będzie nadana na 6 miesięcy (od 1. maja do 31. października 1917); wynagrodzenie wynosi 400 koron miesięcznie, nadto ryczałt na objazdy gmin przydzielonych w kwocie 200 koron miesięcznie i wolne mieszkanie. Podanie należy wnieść najpóźniej do 31. marca 1917 do Departamentu sanitarnego Namiestnictwa w Białej, dołączając dyplom lub kopię dyplomu, oraz dowody dotychczasowej pracy zawodowej, jakoteż praktycznej znajomości bakteryologii i badania krwi.

— Nowotarskie Koło Towarzystwa walki z gruźlicą, energicznie organizowane przez Dr St. Janikiewicza, otwarło dyspensatoryum, do którego dotychczas zgłosiło się 61 osób, z nich 39 dotkniętych gruźlicą (3 przypadki gruźlicy otwartej).

Lwów. Jak donoszą dzienniki, odbyła się we Lwowie 22. II. na zaproszenie Pawła ks. Sapiehy, prezydenta Galicyjskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, ankieta w sprawie opieki szpitalnej i pozaszpitalnej nad choremi wenerycznie kobietami. Na ankiecie oprócz lekarzy byli obecni przedstawiciele różnych kół społecznych, wśród nich arcybiskupi Bilczewski i Teodorowicz. Prof. Finger z Wiednia przedstawił organizacyę opieki nad choremi wenerycznemi w Wiedniu, poczem przemawiali prof. Łukasiewicz, prof. Gluziński, a prym. Dr Lenartowicz odczytał wyczerpujący referat. Po obszernej dyskusyi uchwalono wnioski Dr Lenartowicza, Dr Papeego, prof. Panka i prof. Łukasiewicza.

— Namiestnictwo rozesłało do wszystkich Starostw okólnik, przypominający, że według rozporządzenia Ministerstwa spraw wewn. z 4. X. 1912 L. 1589 S. są położne obowiązane zakraplać do oczu noworodków 10°/₀ rozczyn protargolu lub 1°/₀ rozczyn octanu srebrowego celem zapobieżenia śluzoropotokowi.

— Zmarły 16. XI. 1916 w Stanisławowie z duru plamistego Dr Stanisław Krasowski był, jak donosi »Dziennik kijowski«, tak uwielbiany przez ludność, że na pogrzeb pomimo pękających nad miastem szrapneli wyległy tłumy niezliczone. Cały swój majątek przekazał Dr Krasowski na cele dobroczynne.

Warszawa. W Towarzystwie higienicznem w Warszawie odbyła się — jak donoszą dzienniki — konferencya znawców, na której omawiano sprawy, dotyczące przyszłej organizacyi zdrowia publicznego w Polsce. Obradom przewodniczył dziekan Parczewski, referentem był prezes Tow., Dr Józef Polak. Podczas obrad zabierali głos pp. prof. Ochimowski, W. Łypacewicz, dziekan Parczewski, Dr Chodźko, Dr Szenajch i inni. Ustalono zasady następujące: Organizacya zdrowia publicznego w Polsce oparta być winna na samorządach, pod nadzorem i opieką państwa. Władze państwowe zdrowia publicznego mają charakter nadzorczy; państwo w przepisach prawnych określa ściśle obowiązki samorządów w dziedzinie zdrowia. Organizacya państwowa zdrowia należy do ministeryum spraw wewnętrznych, w którym organy centralne samorządów oraz zdrowia publicznego muszą mieć znaczną samodzielność i władzę. Urzędnicy zdrowia publicznego powinni być podwładni centralnemu organowi zdrowia, nie zaś władzom administracyjnym. Za najodpowiedniejsze dla organizacyi zdrowia publicznego jednostki terytoryalne uznano gminy i powiaty. Do rozważania poszczególnych rozdziałów prawa o zdrowiu publicznem w Polsce obrana będzie komisya, której zorganizowanie polecono Dr Polakowi.

— Dr Wacław Męczkowski objął stanowisko naczelnika Wydziału szpitalnictwa w Magistracie Warszawy.

— Dzielnicowe Opieki sanitarne cofnęły swoją rezygnacyę.

— W Częstochowie odbył się d. 1. II. pogrzeb ś. p. Dr Władysława Biegańskiego, w którym wzięły udział wszystkie miejscowe Stowarzyszenia, młodzież gimnazyalna i tłumy mieszkańców miasta. Nad grobem przemawiał imieniem Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego Dr Łokczewski. W dniu pogrzebu otrzymało Towarzystwo lekarskie kondolencye od Towarzystwa naukowego warszawskiego, od Wydziału lekarskiego Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu i od Towarzystwa lekarskiego łódzkiego. (»Gazeta lek.« 8. Z Krakowa wysłane zostały kondolencye od Akademii Umiejętności, Wydziału lekarskiego Uniwersytetu, Towarzystwa lekarskiego i redakcyi »Przeglądu lekarskiego«; widocznie jednak nie doszły).

— Ankieta w sprawie braku miesiączki wskutek niedostatecznego odżywiania ustroju, urządzona przez Sekcyę ginekologiczną Towarzystwa lekarskiego, ma objąć także Lwów, Kraków, Poznań, dokąd wysłano schematy, oraz Łódź (Dr Skalski), Zagłębie Dąbrowskie (Dr Kotarski) i Lublin (Dr Czerwiński). (»Gaz. lek.« 8).

Zmarli: Dr Bolesław Łuniewski, okulista w Stanisławowie; prof. Winternitz w Wiedniu.

Redakcya otrzymała: Korczyński: 1) Bacilläre Ruhr und akuter hämorrhagischer Dickdarmkatarrh. (Medic. Klinik 1916). 2) Choroba Dercuma. Kraków 1916. 3) Syphilitische Aortenerkrankungen. (Wiener klin. Woch. 1916). — B. Steinberg: Mundorthopädie als Grundlage der modernen Kieferbruchbehandlung. (Oesterr. Viertelj. f. Zahnh. 1916). 2) Jahresbericht der IV Abtheilung (Kieferbrüche) des k. u. k. Festungsspitales Nr 1 in Krakau (tamże 1916). 3) Praktische Erfahrungen bei orthopädisch behandelten Kieferbrüchen. (Zahnärztl. Orthopädie u. Prothese 1916).

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1917.

Gazeta lekarska Nr 5—8.: Hornowski: Przyczynek do stanowiska »chloroma« w klasyfikacyi anatomopatologicznej (5—6).— Popiel: Organoterapia mięśniaków macicy (dok. 5). — Pruszyński: Ś. p. Leon Rutkowski (6). — Starkiewicz: S. p. Kazimierz Chełchowski (7). — Zalewski: Wpływ okładów zimnych i ciepłych na ciepłotę przewodu słuchowego zewnętrznego (7—8).— Karwacki: Symptomatologia i patogeneza zatrucia gazami (8).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 4—8.: Zawadzki: Ś. p. K. Chełchowski (4). — Srebrny: O krwiopluciu (dok. 4—5). — Brenneisen: Leczenie przetok dziąsłowych (dok. 4). — Giedroyć: Prawa egzaminacyjne b. Rady lekarskiej (4). — Koźniewski: O chorobach powstających wskutek niedostatecznego lub wadliwego odżywiania się (5—6). — Zamenhof: Gruźlica ucha (6—8). — Sokołowski: Ś. p. Władysław Biegański (17). — Biehlerowa: Higienistki szkolne (7—8).

Nowiny lekarskie Nr 1.: S. p. Władysław Biegański. — Hornowski: Kilka uwag o gruźlicy przysadki mózgowej na podstawie spostrzeganych przypadków. — Szuman: O leczeniu ran ropiejących światłem elektrycznem. — Klęsk: W obronie szwu nerwowego. — Kleczkowski: Przyczynek do zakażenia oka prątkiem ziemniakowym.

Zdrowie Nr 1—2.: Polak: Sprawa zdrowotności w Radzie m. Warszawy (1). — Adamski: W sprawie epidemiologii i profilaktyki tyfusu wysypkowego (1). — Mikulski: Wpływ alkoholu na uwagę (1). — Polak: Wstęp do projektu prawa o ochronie zdrowia publicznego (1—2). — Sterling: Dr Władysław Biegański (2). — Wernic: Próba syntezy działalności lekarza szkolnego (2).

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego 1916. Zesz. 3—4.: Zwejgbaum: O katalogach biblioteki Towarzystwa lek. warsz.

Kronika dentystyczna Nr 2.: Krakowski: Rys ogólny sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów. — Frejdkin: W sprawie reformy studyów dentystycznych.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Styczeń (cena 1·75 Mk.), Luty (cena 1 Mk.).

Tegoroczny zeszyt styczniowy zawiera rozprawy prof. Morgenrotha: Chemoterapia i swoiste odkażanie miejscowe, oraz prof. Rösslego: Anatomia patologiczna chorób zakaźnych. Zeszyt na luty mieści prace prof. Hoffmanna: O wpływie zmian chorobowych narządów rodnych na krążenie, oraz: Zaburzenia krążenia, a choroby nerek.

Taschenbuch des Feldarztes. Część VI i VII. Monachium (J. F. Lehmann 1917). Cena każdej części 1·60 Mk.

W części VI podają prof. Lange i Dr Krecke w formie bardzo treściwej (na 53 stronnicach) wskazówki o doleczaniu chirurgicznem i ortopedycznem rannych, objaśniając rzecz 6 rycinami; w części zaś VII opisuje Dr Hannemann transport rannych w wojnie pozycyjnej, ułatwiając przedmiot bardzo stosunkowo licznymi (38) rysunkami.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 7. marca** 1917 o godzinie 6 wieczór w **Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Nowaczyński: Przedstawienie chorych z kliniki chorób wewnętrznych. 2) Dr B. Steinberg: Z dziedziny leczenia złamań szczęki (z przedstawieniem chorych, modeli i przeźroczy).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

L. 61/KK.

Ogłoszenie.

Komisya klimatyczna w Zakopanem zakupi używany, lecz w dobrym stanie, kryty wóz ratunkowy do przewozu osób chorych.

Zgłoszenia z podaniem ceny wnosić należy pod adresem „Klimatyką w Zakopanem“.

C. k. Inspektor klimatyczny
283 *Wilczek* m. p.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 10. marca 1917. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.
(Dyrektor: Radca dworu prof. Dr A. Gluziński)

O zależności kwaśności moczu od wegetatywnego układu nerwowego.

Podał

Dr Henryk Sochański,
asystent kliniki.

(Wykład wygłoszony na Zjeździe internistów polskich we Lwowie w lipcu 1914).

Rozpad i oksydacya substancyi organicznych, wchodzących w skład tkanek, są źródłem dużej ilości związków kwaśno oddziałujących. Związki te dostają się do krwi, a ta, nie mogąc bez szkody dla ustroju zmniejszyć o wiele swej alkalescencyi, pozbywa się ich głównie drogą płuc i nerek. Płuca pośredniczą w wywozie bezwodnika węglowego[1]), reszta substancyi kwaśnych opuszcza ustrój przeważnie drogą moczu. Na procesy chemiczne, zachodzące w tkankach, wpływa ustrój zapomocą wegetatywnego układu nerwowego[2]), zależnego znów od pewnych substancyi wytwarzanych w ustroju[3]). Ponieważ drogą moczu opuszcza ustrój większa część kwaśnych produktów przemiany materyi, można kwaśność moczu uważać poniekąd za miernik intensywności spraw dysymilacyjnych w tkankach, że zaś te sprawy zależą znów od wegetatywnego układu nerwowego, można stąd wysnuwać tu pewne wnioski, dotyczące jego działania.

Chcąc badać układ nerwowy wegetatywny, najlepiej jest sztucznie zadziałać na ten układ zapomocą pewnych ciał, mających nań silny wpływ[4]), a z wyników ich działania na poszczególne jego części wysnuwać pewne wnioski. Tego ostatniego sposobu użyłem, badając wpływ wegetatywnego układu nerwowego na kwaśność moczu. Oznaczałem ją metodą Naegeli-Sahli-Moritza[5]). Metodą tą oznacza się naprzód kwaśność kwaśnych soli, miareczkując $^1/_{10}$ n. NaOH z fenolftaleiną jako wskaźnikiem, a potem ilość zasad, potrzebnych do zobojętnienia reszty kwaśności, miareczkując $^1/_{10}$ n HCl z czerwienią alizarynową, jako indykatorem. Suma tych dwu wartości daje pojęcie o kwaśności ogólnej, t. j. o ilości niezastąpionych przez metale wodorów kwasowych bez względu na nierówną siłę zasad i kwasów ze sobą w moczu związanych.

Przechodzę z kolei do opisu moich badań.

Wykonałem je w klinice lekarskiej w latach 1911, 1912 i 1913. Zwracałem przy nich uwagę tylko na kwaśność moczu ogólną, gdyż na kwaśność kwaśnych soli wpływa, jak się przekonałem, tyle innych czynników, że wyciąganie z jej stopnia pewnych wniosków nie doprowadziłoby tu do celu. Substancye, których działania użyłem do moich badań, podawałem chorym bądźto w postaci wstrzykiwań podskórnych, bądźto per os. Pierwszą z tych substancyi była adrenalina[6]). Wstrzykiwałem ją w ilości 0·0005—0·001 gr (a 0·009—0·021 miligr. na kg. wagi ciała) podskórnie. Wzmagała ona zawsze kwaśność ogólną moczu. W godzinę po wstrzyknięciu była ta kwaśność ogólna moczu wyższą, niż przed wstrzyknięciem, w 2 i 3 godziny spadała pozornie nieco w następstwie wzmożonego wydzielania moczu[7]),

[1]) Drogą płuc wychodzi z ustroju dużo CO_2, nie można jednak powiedzieć, żeby to była cała jego ilość, wytwarzana przez ustrój. Małe ilości CO_2 rozpuszczone są bowiem w każdym moczu, a alkaliczne wydzieliny zawierają nieraz dużo kwasu węglowego w postaci zasadowo oddziałujących węglanów potasowych (Na, K).

[2]) Układ nerwowy dzielimy obecnie na animalny i wegetatywny, ten drugi zaś na sympatyczny i autonomiczny (parasympatyczny), zwany także układem nerwu błędnego. Szczegóły, dotyczące fizyologii i patologii układu wegetatywnego, znajdzie czytelnik w pracach Eppingera, Hessa, Ehrmanna, L. Korczyńskiego, Noordena, Müllera, Langleya i Gaskella.

[3]) Substancye te są bardzo liczne. Należy do nich adrenalina, cholina (wraz z pochodnemi), wazodylatyna Popielskiego i wiele innych, dotychczas mało poznanych i nie przez wszystkich badaczy uznanych ciał, zwanych hormonami. Bliższe szczegóły, dotyczące tych wszystkich substancyi, można znaleść w pracach Falty, Schittenhelma, Popielskiego, Czubalskiego, Baylissa, Starlinga, Zaleskiego, Manschlera, Gleya, Fleiga, Herzena, Camusa, Gacheta, Mendla, Rittgera, Biedla, Pachona i Bellanyego.

[4]) Są to tak zwane przez Langleya farmakodynamiczne wybiórcze (elektywne) ciała, do których zaliczamy n. p. adrenalinę, atropinę i pilokarpinę.

[5]) Dokładny opis tej metody i wskaźników przy jej wykonywaniu używanych znajdzie czytelnik w moich poprzednich pracach, ogłoszonych w Tygodniku lekarskim w r. 1911 (Nr 49—52) i w r. 1913 (Nr 17 i 18).

[6]) Adrenalina, substancya pochodna od tyrozyny i obecna jako odmiana lewozwrotna w ziarnach chromochłonnych komórek w substancyi rdzennej nadnercza (Pfaundler, Castellino), w kłębku tętniczym (gl. carotica) i w kłębku guzicznym (gl. coccygea), w ścianach tętnic brzusznych i w sympatycznych zwojach brzusznych (szczególnie w ganglion solare), jest wybitnym drażnikiem układu współczulnego, choć nie brak jej pewnego wpływu na układ nerwu błędnego (Popielski). Ucisk nadnercza (Popielski), drażnienie nerwów trzewnych (Ascher, Dreyer, Popielski) i różne wpływy psychiczne (Rheinbold, Ricci, Canone de la Pace) wzmagają jej wydzielanie, zahamowanie funkcyi nadnercza, dokonane momentalnie przez zniszczenie jego lub przez wpływ nań wzmożonej funkcyi grasicy (Hornowski) może nagłą śmierć sprowadzić. Literatura dotycząca adrenaliny jest obszerna. Prócz poprzednio wspomnianych autorów zajmowali się tym przedmiotem między innymi: Kraus, Hirsch, Eppinger, Falta, Rudinger, Underhill, Closson, Bollafio, Tedesco, Quadragrielio i Medina.

[7]) O wpływie adrenaliny na wydzielanie moczu pisali w r. 1910 Kluger i Welecki. — Chcąc uniknąć wszelkich pozornych wzrostów lub spadków kw. ogólnej, należy przy jej obliczaniu uwzględnić zawsze ilość moczu i odpowiednie do wahań ilości moczu poczynić poprawki. Liczby, oznaczające stopień kwaśności

w 4 godziny dochodziła do szczytu, poczem spadała powoli. Jeżeli badany zażywał w dniu wstrzyknięcia adrenaliny extractum belladonnae, działanie wyżej wspomniane było wyraźniejsze. Atropinę[8]) podawałem chorym w postaci podskórnych wstrzykiwań w ilości 0·0005—0·001 gr. (0·0073—0·02 miligr. na kg. wagi ciała). Podwyższała ona również kwaśność ogólną moczu. Działanie było najwyraźniejsze w 1 godz., poczem w ciągu dalszych 4 godzin powoli ustępowało. Podobnie działała atropina podana per os w extr. belladonnae. Chorzy dostawali pro die 0·06 gr. extr. belladonnae, co odpowiadało (według Kunza) 0·00108 gr. atropiny. Na 1 kg. wagi ciała przypadało 0·015—0·021 miligr. atropiny.

I. Wstrzykiwania adrenaliny.

1. A. W. l. 53. 1911/12. Colitis. Enteroptosis. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 38.

Dnia 12. XI. kw. ogólna 39.

Dnia 13. XI. przed wstrzyknięciem adrenaliny 38.

Wstrzyknięto 0·0005 gr. (waga ciała w chwili wstrzyknięcia 54·7 kg)

w 1 godz. po wstrzyknięciu	41 (49)	47·6 (48)
» 2 » » »	50 (41)	
» 4 » » »	53 (60)	

Kwaśność średnia w dniu wstrzyknięcia 47·8.

Dnia 14. XI. kw. ogólna 45.

Chora w chwili wstrzyknięcia miała ciepłotę podwyższoną i oddziaływała na adrenalinę bardzo silnie. Przyczyną gorączki było mieszkowe zapalenie gardła.

2. K. B. l. 385. 1910/11. Myocarditis chronica. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 50.

Dnia 21. VI. kw. og. 50.

Dnia 22. VI. przed wstrz. adr. 49.

Wstrz. 0·0005 gr (waga ciała w chwili wstrz. 56·5 kg).

w 1 godz. po wstrzyknięciu	50 (55)	55
» 2 » » »	57 (50)	
» 3 » » »	59 (66)	
» 4 » » »	60 (62)	
» 6 » » »	54 (60)	

Kwaśność średnia w dniu wstrzyknięcia 55·5.

Dnia 23. VI. kw. og. 50.

3. A. T. l. 255. 1910/11. Tetania. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 20.

Dnia 31. III. kw. og. 19.

Dnia 1. IV. przed wstrz. adrenaliny 20.

Wstrz. 0·0005 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 38·2 kg).

w 1 godz. po wstrzyknięciu	22 (55)	50·6 (56·6)
» 2 » » »	42·4 (53)	
» 3 » » »	46·8 (52)	
» 4 » » »	75 (65)	
» 6 » » »	68 (63)	

Kwaśność średnia w dniu wstrzyknięcia 50.

Dnia 2. IV. kw. og. 25.

4. B. W. l. 328. 1910/11. Obstipatio alvi habitualis. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 32.

Dnia 5. V. kw. ogólna 45.

Dnia 6. V. przed wstrzyknięciem adrenaliny 50.

Wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrzykn. 46·5 kg).

Porcye moczu oddane w 1, 2, 3, 4 i 6 godz. po wstrzyknięciu, razem zmieszane, wykazują kw. og. 69 (w porcyi moczu odd. w 4 godz. po wstrz. kw. og. 78). Kwaśność średnia w dniu wstrz. 65·6.

Chora zażywała w dniu wstrzyknięcia adrenaliny 3×0·02 gr. extr. bellad.

Dnia 7. V. kw. og 50.

5. J. P. l. 263. 1910/11. Arteriosel. univ. Nephritis interst. laevis. Vagotonia. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 27.

Dnia 6. IV. kw. ogólna 28.

Dnia 7. IV. przed wstrzyknięciem adrenaliny 27.

Wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 58·6 kg)

w 1 godz. po wstrzyknięciu	30 (33)	33·4 (35)
» 2 » » »	35 (30)	
» 3 » » »	37 (31)	
» 4 » » »	38 (40)	
» 6 » » »	35 (39)	

Kwaśność średnia w dniu wstrzyknięcia 30·2 (31·5).

Dnia 8. V. kw. ogólna 29.

6. J. C. l. 295. 1910/11. Enteroptosis. Retroflexio uteri fixata. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 32.

Dnia 10. IV. kwaśność og. 33.

Dnia 11. IV. przed wstrz. adrenaliny 32.

Wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 52·3 kg).

Porcye moczu, oddanego w 1, 2 i 3 godz. po wstrzyknięciu, razem zmieszane, wykazują kw. og. 46 (40)

w 4 godz. po wstrzyknięciu 46 (48)

w 6 godz. po wstrzyknięciu 38 (39)

Kwaśność średnia po wstrzyknięciu (1+2+3+4+6 godz.) 44.

Kwaśność średnia w dniu wstrz. adr. 38.

Dnia 14. IV. kw. og. 31.

7. G. S. l, 89. 1912/13. Colitis subchronica in indiv. nervoso. Średnia kw. og. moczu 41.

Dnia 20. XI. kw. og. 39.

Dnia 21. XI. przed wstrz. adr. 39.

Wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 64 kg).

w 1 godz. po wstrzyknięciu	45 (48)	47·2 (48)
» 2 » » »	48 (46)	
» 3 » » »	49 (45)	
» 4 » » »	50 (55)	
» 6 » » »	47 (50)	

Kwaśność średnia w dniu wstrzyknięcia 43·1 (45·2). Odczyn adrenalinowy miernie silny.

II. Wstrzykiwania atropiny.

1. E. S. l. 70. 1911/12. Periostitis chron. ossium antibrachii. Dyeta mieszana. Kw. og. moczu 60.

Dnia 12. XI. kw. og. 61.

Dnia 13. XI. przed wstrzyknięciem atropiny 62.

w 1 godz. po wstrzyknięciu 70

(średnio w dniu wstrz. atrop. kw. og. 66).

Wstrzyknięto 0·0005 gr. atropiny (waga ciała w chwili wstrzyknięcia 66½ kg).

2. H. H. l. 80. 1911/12. Hyperaciditas ventr. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 30.

Dnia 9. XI. kw. og. 31.

Dnia 10. XI. przed wstrz. atrop. 30.

Wstrzyknięto 0·0005 gr. atrop. (waga ciała w chwili wstrzyknięcia atropiny 31 kg.)

w 1 godz. po wstrzyknięciu	39	34·5
» 2 » » »	35	
» 3 » » »	32	
» 4 » » »	32	

Średnia kwaśność w dniu wstrzyknięcia atropiny 32·25.

Dnia 11. XI. kw. og. 31.

Równocześnie z wstrzyknięciem atropiny podano śniadanie próbne i wyciągnięto treść żołądka w 3 kwadranse. Kwaśność ogólna treści żołądka 40, od HCl 30 (bez podania atropiny wykazuje badanie treści żołądka w 3 kwadranse po śniadaniu próbnem kw. og. 56, od HCl 48).

moczu, a umieszczone na moich tablicach, podane są z odpowiednią poprawką i dają stąd prawdziwe wartości. Z wyjątkiem tablicy I, na której obok liczb, oznaczających kwaśność rzeczywistą, podane są w nawiasie cyfry, dotyczące kwaśności pozornej, umieściłem na wszystkich innych tablicach tylko liczby, oznaczające kwaśność rzeczywistą.

[8]) Działanie atropiny na ustrój było wszechstronnie badane. Przeważna część autorów uważa atropinę, użytą w dawkach leczniczych, za substancyę, porażającą jedynie układ nerwu błędnego. Mniejszość badaczy, zwalczana energicznie przez poprzednich, widziała przy stosowaniu bardzo małych dawek alkaloidu wstępne objawy podrażnienia nerwu błędnego, po którem dopiero następowało zwykłe porażające działanie. Schroff n. p. stwierdzał chwilowe zwolnienie tętna, Michel i Rossbach obserwowali saliwacyę, a Keuchel wzmożone ruchy robaczkowe jelit. Wszystkie te objawy podrażnienia n. błędnego były jednak zawsze bardzo słabe i rychło ustępowały porażeniu. Dawki toksyczne atropiny porażają cały układ wegetatywny.

III. Podawanie wewnętrzne wyciągu wilczej jagody (extr. belladonnae) (3 razy dziennie po 0·02 gr.).

1. G. S. l. 89. 1912/13. Colitis subchr. in ind. nervoso. Srednia kw. moczu 41.

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
10. XI.	41	
11.	42	
13.	45	
14.	51	Extr. bell. (13.–15.)
15.	53	
17.	50	

2. K. P. l. 86. 1911/12. Colitis chron. Anaemia sec. Nervositas. Retrofl. uteri lib. Dyeta mleczna. Srednia kw. og. moczu 38

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
20. XI.	36	
21.	42	
22.	43	Extr. bell. (21.–24.)
23.	45	
24.	48	
25.	45	

3. T. K. l. 316. 1910/11. Obst. alvi. spast. Dyeta miesz. Średnia kw. og. moczu 42.

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
24. IV.	42	
25.	43	
26.	40	
27.	45	
28.	48	Extr. bell. (26.–30.)
29.	50	
30.	53	
1. V.	50	
2.	48	
3.	54	Extr. bell.
4.	88	Extr. bell. + 0.001 gr. atrop. (subcut.)
6.	55	

4. B. W. l. 328. 1910/11. Obst. alvi habit. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 32.

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
3. V.	32	
4.	35	Extr. bell. (4.–5.)
5.	45	
6.	65·6	Extr. bell. + 0·001 adrenal. subcut.)
7.	50	

5. J. C. l. 295. 1910/11. Enteropt. Retrofl. uteri fix. Dyeta mieszana. Srednia kw. og. moczu 32.

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
24. IV.	31	
25.	32	
26.	35	
27.	35	Extr. bell. (25.–29.)
28.	36	
29.	37	
30.	33	
1.	33	

6. T. H. l. 341. 1910/11. Colo- et nephroptosis. Laterodextroflexio uteri. Dyeta mieszana. Srednia kw. og. moczu 30.

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
8. V.	30	
9.	33	
10.	35	Extr. bell. (9.–12.)
11.	35	
12.	39	
13.	36	
14.	34	

Widzimy więc, że adrenalina i atropina działały tu podobnie i wspierały się wzajemnie. Pierwsza jest, jak wiadomo, drażnikiem układu współczulnego, druga poraża w dawkach używanych w lecznictwie układ autonomiczny. Oba środki wzmagają wywóz kwasów z ustroju. Pierwsza czyni to przez pobudzenie układu współczulnego, który, według Eppingera, Hessa i Rudingera potęguje procesy dyssymilacyjne w tkankach, a według badań Foà i Grużewskiej obniża zasadowość krwi, druga musi tego dokonywać przez porażenie układu autonomicznego.

O tem, że układ autonomiczny wpływa na kwaśność ogólną moczu, przeciwnie jak współczulny, przekonały mię doświadczenia z pilokarpiną i fizostygminą (ezeryną)[9]. Pierwszą wstrzykiwałem podskórnie w ilości $^3/_4$—1 centygrama (0·15—0·33 miligr. na klg. wagi ciała), drugą w ilości $^1/_2$—1 miligrama (0·0077—0·021 miligr. na klg. wagi ciała). Po ich wstrzyknięciu otrzymywałem zawsze obniżenie się kwaśności ogólnej, najwyraźniejsze w 1—$1^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu. Nie u wszystkich osobników spadek ten był równie wyraźny, ale u wszystkich był widoczny.

(Dokończenie nastąpi).

O sztucznej odmie piersiowej.

Część II. kliniczna.

Przez

Dr Seweryna Sterlinga,

ordynatora szpitala fundacyi Poznańskich w Łodzi.

(Ciąg dalszy).

Przebieg leczenia.

Ażeby nakreślić sobie plan leczenia, należy stale pamiętać o tem, do czego dążymy, stosując odmę sztuczną. Chcemy mianowicie przy pomocy tego zabiegu umożliwić wyleczenie samorodne, dając płucom pewne warunki, sprzyjające »gojeniu się« sprawy gruźliczej, mianowicie:

1. Względny spokój, przerwę w pracy czynnościowej płuc;
2. taką zmianę warunków krążenia krwi i limfy, która sprzyja tworzeniu się tkanki łącznej wokoło ognisk gruźliczych;
3. zmniejszenie, nawet zapadnięcie się jam płucnych, zwężenie pęcherzyków płucnych i oskrzelków, które, zapadłszy się, nie wydzielają już śluzu (przenośnika zarazka);
4. wpływamy na sposób wykrztuszania plwociny, zmniejszając na ogół możność reinfekcyi z jam i ognisk rozpadowych;
5. utrudniamy odpływ krwi i wessanie toksyn, więc zapobiegamy zatruwaniu całego ustroju, zarazem zaś wywołujemy większe stężenie miejscowe tych toksyn, które pobudzają miejscowo odczyn zapalny.

Współcześnie z tymi wynikami pożądanymi, stanowiącymi prawdopodobnie o pomyślnym wpływie działania odmy, spostrzegamy objawy następujące:

1. Śródpiersie wypukla się ku stronie płuca drugiego, przez co zostaje czasem ograniczona ruchomość tego płuca.
2. Serce zostaje przesunięte, a naczynia (czasem) załamane przez ucisk ze strony zrostów pasemkowatych, co może źle wpływać na krążenie. Przy odmie prawostronnej ucisk znaczniejszy utrudnia czynność prawej komory serca.
3. Przepona zostaje zepchnięta ku dołowi. Przy odmie prawostronnej ucisk, wywarty na wątrobę, upośledza niekiedy czynność wątroby.
4. Odma częściowa może mieć i taką siedzibę, że sprzyja przysysaniu materyału zakaźnego do zdrowych części płuca.
5. Ogniska niewygasłe w drugiem płucu mogą rozgorzeć przez spotęgowaną czynność tego płuca.

Te warunki sprawiają, że w przebiegu leczenia zapomocą odmy sztucznej trzeba ściśle odróżniać dwa okresy: okres bezpośredniego zadziałania ucisku i okres dalszych wyników. Jako skutki bezpośredniego wpływu odmy na

---

[9]) Pilokarpina i ezeryna są według wszystkich badaczy silnymi drażnikami układu autonomicznego.

ognisko czynne spostrzegałem ustąpienie gorączki, ustąpienie lub zmniejszenie się kaszlu i plwociny, poprawę stanu ogólnego, przyrost wagi ciała, poprawę łaknienia, snu, ustąpienie duszności i sinicy. W okresie drugim spostrzegamy albo niezakłócony postęp poprawy aż do zupełnego zniknięcia objawów chorobowych, albo wystąpienie szeregu objawów niepożądanych, jak wysięki, pęknięcie jam, pogorszenie stanu drugiego płuca. Nie należy przeto w pierwszych czasach przeceniać wyniku, jeśli widzimy wielką i szybką podmiotową i przedmiotową poprawę. Dalsze leczenie liczyć się musi z powikłaniami, które nieraz zależą od zbyt mocnego ucisku płuca.

Ilość gazu, wprowadzonego do opłucnej, zależy od: 1. elastyczności i wielkości klatki piersiowej, 2. obecności lub braku zrostów, 3. spoistości ognisk płucnych, ich twardości, ustępliwości, zawartości powietrza w płucach, 4 ruchomości śródpiersia, 5. zachowania się trzew. W pewnym stopniu zależy też ilość gazu, jaką wprowadzić można, od wrażliwości chorego.

Nie należy jednak uzależniać stopnia ucisku od warunków mechanicznych. Stopień stosowanego ucisku nie powinien być rzeczą przypadku.

Należy już z góry uświadomić sobie, do czego dążymy w danym przypadku: czy do zupełnego uciśnięcia płuc, czy też tylko do rozluźnienia napięcia tkanki płucnej, które umożliwi bliznowate kurczenie się tej tkanki.

Mojem zdaniem wysoki stopień ucisku stosować należy we wszystkich przypadkach sprawy rozpadowej postępowej przy braku skłonności do bliznowacenia. Gdzie jednak sprawa niema tak złośliwego charakteru, gdzie skłonność do gojenia się ognisk gruźliczych istnieje, tam wystarcza usunięcie przeszkód mechanicznych, które uniemożliwiają skuteczne kurczenie się tkanki zabliźniającej.

Braku skłonności do bliznowacenia ogniska gruźliczego dowodzą wyraźne objawy toksyczne ogólne; brak tu bowiem wału ochronnego z tkanki łącznej wkoło ogniska gruźliczego. Spostrzegamy wtedy ciepłotę wysoką, często o charakterze hektycznym, przyspieszenie względne tętna, nizkie ciśnienie krwi; odczyn moczu dwuazowy lub urochromogenowy; zniknięcie odczynu tuberkulinowego tam, gdzie poprzednio był dodatni. — Te objawy (same przez się źle rokujące) dają wskazanie do zastosowania zupełnego ucisku płuca.

Wbrew przeciwnie — obecność objawów kurczenia się tkanki płucnej, które należy uważać za dowód skłonności do bliznowacenia, każą rokować lepiej, a zarazem wskazują, że już niewielki stopień ucisku umożliwi dalsze bliznowate kurczenie się ognisk gruźliczych.

O tem, że takie zasady miarkowania stopnia ucisku są słuszne, przekonują przypadki, w których ucisk niedługo trwający wywarł wpływ bardzo dodatni na przebieg ciężkiej rozpadowej gruźlicy płuc. Przekonują o tem też przypadki toksyczne, w których wahania w przebiegu choroby przebiegają równolegle do stopnia ucisku, a osiągnięta poprawa znika, skoro się przestanie odnawiać odmę.

Jeśli jeszcze zważymy, że silny stopień ucisku może zaszkodzić drugiemu płucu, to wolno nam powiedzieć, że do uciśnięcia zupełnego dążyć wolno tam tylko, gdzie potemu istnieją wskazania wyraźne. Rzecz zrozumiała, że zależymy w wielkim stopniu od warunków technicznych; jeżeli niema zrostów, to niewielka ilość gazu powoduje odmę sztuczną doskonałą; gdy jednak — wskutek obecności zrostów — ta sama ilość gazu uciśnie płuco z jednej tylko strony, musimy zastosować ucisk mocniejszy do wywołania działania leczniczego.

Najtrudniejsze zagadnienie stanowi obecność jamy płucnej o ścianach nieelastycznych. Próbujemy ją ucisnąć i zacisnąć, pamiętając jednak o tem, że ucisk mocny może rozerwać ścianę jamy, co staje się zwykle katastrofą, bo odmę leczniczą zamienia na odmę samoistną ropną. Jeśli więc prześwietlanie (w różnych kierunkach dokonane)

Rozpoznanie kliniczne w chwili wytwarzania odmy	Przypadków	Wynik leczniczy				
		I	II	III	IV	V
A) Przypadki leczone w Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem (K. Dłuski).						
Phthisis declarata fibroso-caseosa, progrediens chron.	3	1	1	—	1	—
Phthisis declarata fibroso-caseosa, progrediens acuta	16	8	6	—	—	2 b)
Phthisis consumptiva fibroso-caseosa . . .	13 a)	1	3	—	—	4 c)
	32 a)	10 (33%)	10 (33%)	2 (7%)	2 (7%)	6 (20%)
		20 (66%)				
B) Przypadki leczone w Szpitalu fundacyi Poznańskich w Łodzi (S. Sterling).						
Phthisis incipiens manifesta, progrediens chronica cum pleuritide serosa	3 a)	2	—	—	—	1
Phthisis declarata fibro-caseosa, stationaris .	2 b)	—	1	—	—	1
Phthisis declarata fibroso-caseosa, progrediens chron.	24	5	9	4	5	1 c)
Phthisis declarata fibroso caseosa, progrediens acuta	13	4	3	3	2	1 d)
Phthisis consumptiva fibroso-caseosa	5	2	1	—	1	1 e)
Phthisis consumpt. caseosa	2	—	1	—	—	1
Phthisis consumptiva cum pyo-pneumothorace .	3	—	—	—	—	3
Phthisis acuta	3	—	—	—	—	3 f)
	55	13 g) (23%)	15 (27%)	7 (12%)	8 (14%)	12 (22%)
		28 = 51%				

Uwagi: I znaczy wynik dobry; znaczna poprawa, wzgl. wyleczenie kliniczne. II — wynik niewielki, ale trwały, wzgl. powstrzymanie postępu choroby. III — wynik dodatni, ale przemijający; powstrzymanie postępu choroby na czas pewien. IV — bez wyniku; nieprzerwany postęp choroby. V — wynik zły, śmierć.

Ad A. a) W jednym przypadku odmy nie udało się wytworzyć. Dlatego wszystko obliczono w stosunku do 25 przypadków. b) W obu przypadkach udało się wytworzyć odmę bardzo mało czynną. c) W jednym przypadku wystąpiło pogorszenie w drugiem płucu. W jednym — po krwotoku — pneumonia aspir. w płucu drugiem. Enteritis tuberculosa. W innym przypadku wystąpiło zapalenie nerek.

Ad B. a) Płyn surowiczy opłucnej zastąpiono przez gaz. W jednym przypadku wystąpiła po paru tygodniach gruźlica ostra. b) W jednym przypadku stłumiono krwotok, trwający od paru tygodni. W drugim wytworzono odmę z powodu wielkich rozszerzeń oskrzeli, z których chory wypluwał po 1000 cm³ cuchnącej plwociny. Podczas siódmej reinsuflacyi — wśród znakomitej poprawy — śmierć z powodu zatoru gazowego (w nieobecności ordynatora). c) Wskutek wysiłku fizycznego powstała przetoka płucno-opłucna. Pleuritis haemorrhagica. Zropienie wysięku. Operacya Schedego. Śmierć. d) Wielka jama oskrzelowa, wydzielina cuchnąca. Przetoka płucno-opłucna: zapalenie opłucnej ropne. Operacya Schedego Po roku chory ma się dobrze. e) Gruźlica obustronna. Zmarł po 11 miesiącach od wytworzenia odmy. f) Jeden zmarł w sześć godzin po wytworzeniu odmy. g) Zaprzestano już stosować odmę w 5 przypadkach. U reszty stosuje się ją od 40, 30, 23, 19, 17, 3, 1 miesięcy.

Wyniki techniczne i ich stosunek do wyników leczniczych.

	26 przypadków sanatoryum w Zakopanem			55 przypadków szpitala w Łodzi		
		wynik leczniczy w tych przypad.			wynik leczniczy w tych przypad	
	Przypadków	dobry I + II	zły III + IV + V	Przypadków	dobry I + II	zły III + IV + V
A. Pneumothorax completus (odma doskonała) . .	2 (6%)	2 (100%)	0	25 (45%)	13 (52%)	12 (48%)
B. Pneumothorax partialis, sufficiens (odma niezupełna, leczniczo czynna) . .	21 (6%)	18 (86%)	3 (14%)	26 (47%)	15 (57%)	11 (43%)
C. Pneumothorax partialis, insufficiens (odma niezupełna, nieczynna) . . .	7 (22%)	0	7 (100%)	4 (7%)	—	4 (100%)
D. Odmy nie wytworzono	2 (6%)	—	—	—	—	—

stwierdzi obecność jamy, położonej blizko powierzchni płuca, nie należy stosować mocnego ciśnienia.

Z podobnego punktu widzenia należy rozważać sprawę trwania leczenia. Jeżeli istnieje skłonność do zabliźniania, wystarcza czasem ucisk trwający pół roku (nawet mniej), średnio jednak dwuletni; gdzie natomiast niema tej skłonności, należy odmę stosować o wiele dłużej, nieraz usque ad finem vitae. Pamiętać należy jednak o tem, że wraz z trwaniem ucisku zmniejszają się widoki »rozprostowania się« płuc po ewentualnem zaprzestaniu stosowania odmy.

Dłuższa przerwa w odnawianiu odmy wiedzie często do zrostu obu listków opłucnej; wtedy nie udaje się już nawiązać leczenia, trzeba odmę wytwarzać na nowo (co się rzadko udaje).

O powikłaniach, zależnych bezpośrednio lub pośrednio od operacyi i wikłających przebieg leczenia, mówił Dr Dłuski. Kilka tylko uwag w tej sprawie chcę dodać.

Serce i wielkie pnie naczyniowe znoszą nawet wysoki stopień ciśnienia, o ile nie ulegają bezpośredniemu uciskowi przez zrosty powrózkowate i o ile odma nie jest w sposób nagły powiększana.

Wysięki, nawet wielkie, mogą się organizować; tworzą zgrubienia grubości palca lub nawet grubsze; tyczy się to nawet wysięków ropnych.

Płuco drugie wykazuje czasem pogorszenie się sprawy gruźliczej. Przewidzieć nie można nigdy, jaki kierunek przybierze sprawa gruźlicza, istniejąca (choćby w postaci ognisk najdrobniejszych) w drugiem płucu. Na ogół rzadkie są pogorszenia tego rodzaju. Nie należy się dać zwieść takim objawom, występującym w przebiegu odmy sztucznej w płucu drugiem, jak trzeszczenia ograniczone do pewnej okolicy: powstają one w niezupełnie uciśniętej części płuca leczonego i przenoszą się akustycznie na drugie płuco. Szczególnie często powstaje ten objaw przy obecności wysięku w opłucnej (seropneumothorax). Takie trzeszczenia są słyszalne zazwyczaj w analogicznych miejscach obu płuc: w płucu uciśniętem w ciągu całego wdechu, w płucu drugiem jedynie pod koniec wdechu.

Jeśli w płucu dobrze uciśniętem następuje pogorszenie sprawy swoistej, natenczas choroba przebiega wśród niezwykłych objawów klinicznych: widzimy obraz chery (kacheksyi) przewlekłej bez objawów, właściwych końcowemu okresowi suchot płucnych, bez gorączki, dreszczów, potów.

Materyał kliniczny, jakim rozporządzamy, składa się: z 32 przypadków, leczonych przez Dr Dłuskiego w sanatoryum w Zakopanem i z 55 przypadków (na liczbę ogólną 64 [1]), leczonych przezemnie w szpitalu fundacyi Poznańskich w Łodzi. Cały ten materyał jest zestawiony w tablicy (patrz tablicę).

Nie mogę wchodzić w szczegóły oddzielnych cyfr, a te dają wogóle względne jedynie o sprawie pojęcie; tylko bowiem osobista znajomość materyału klinicznego i jego ocena krytyczna daje prawdziwą miarę (patrz wnioski ostateczne).

Dwie grupy naszego materyału klinicznego pozwalają na wykrycie pewnych między niemi różnic.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Emil Wyrobek: **Choroby weneryczne,** ich skutki i znaczenie w życiu jednostki i społeczeństwa, tudzież sposoby leczenia i zapobiegania. (Z 9 rycinami). Kraków 1916. Nakładem księgarni Sz. Taffeta.

Pojawiła się na półkach księgarskich książka, dość silnie reklamowana, przeznaczona, jak autor w przedmowie zaznacza, dla szerokich warstw społeczeństwa, a mająca na celu uświadomienie społeczeństwa o niebezpieczeństwach chorób wenerycznych, jakoteż pouczenie o tem, »co o chorobach wenerycznych i prostytucyi każdy inteligentny człowiek wiedzieć powinien«. Cel broszury, jak widzimy, szlachetny i zdawałoby się, że mu jeno przyklasnąć należy, a pochlebną oceną książki zachęcić jak najszersze warstwy społeczeństwa do bliższego zapoznania się z jej treścią. A jednak mimo wszystko z punktu widzenia lekarskiego przeciw broszurze tej, którąby mogła i powinna być pożyteczną, jak najostrzej muszę wystąpić.

Książka, jak już z samego jej tytułu widoczne, rozpada się na dwie części, bynajmniej nie połączone w jedną organiczną całość, i śmiem zauważyć, że śmiało mogłaby się zakończyć na części pierwszej bez szkody, a raczej z większym pożytkiem dla mającego ją czytać ogółu. Gdyby nie część jej druga, kto wie, czy czułbym się nawet w obowiązku zabierania głosu.

Część pierwsza książki zaznajamia czytelnika z budową anatomiczną części rodnych męskich i żeńskich (nazbyt obszernie może, jak na broszurę popularną), z ich funkcyą fizyologiczną, omawia istotę, rodzaje, niebezpieczeństwa i znaczenie chorób wenerycznych w życiu jednostki i społeczeństwa. Choć autor tu i ówdzie popada w sprzeczność w swoich wywodach i rozumowaniach, choć z tematów ściśle naukowych, którym należy się spokojne traktowanie, a więc i styl i język poważny, przechodzi nagle (pozornie dla barwności opisów i przykładów) do tonu mniej odpowiedniego, że powiem grzecznie, gawędziarskiego, choć sobie pozwala tu i ówdzie na dowcipy niesmaczne, trącące pornografią, którą przecie całą siłą chce zwalczać, choć czasem o młodzieży używa wyrażeń mało delikatnych, a przez to tę młodzież niepotrzebnie dotyka i może obraża jej dumę własną, — to są to usterki zapewne bezwiedne i bez złej tendencyi, usterki, których bliższe omówienie nie należy właściwie do lekarza. By jednak nie zdawało się, że z niemi godzę się w zupełności, wspominam o nich. Uświadomić jak najdokładniej, jak najgruntowniej, ale w sposób poważny, nacechowany miłością młodzieży, oto naczelna zasada, o której autor niestety nie zawsze zdaje się pamiętać. A szkoda! Bo część pierwsza broszury, bez wad wyżej przytoczonych, mogłaby w zupełności odpowiedzieć zadaniu, jakie sobie autor zakreślił, napisana jest bowiem z dużą (jak na nie-lekarza, zadziwiającą nawet) znajomością przedmiotu, z widoczną starannością i z należytem przygotowaniem. W roz-

[1]) Wszystkich chorych miałem 64; były to 62 przypadki gruźlicy płuc, jeden przypadek rozszerzenia oskrzeli pochodzenia niegruźliczego i jeden przypadek ropnia płuc. Z 62 przypadków suchot — 58 było własnych (w 4 odmę odnawiałem, ale jej nie wytwarzałem).

Z 58 przypadków własnych uwzględniono tu 55, ponieważ w trzech odma trwa dotąd mniej, niż miesiąc.

dziale czwartym zajmuje autor stanowisko zbyt zdecydowanego przeciwnika reglementacyi, aby można się z nim w zupełności godzić. Być może jednak, że autor zrobił to z rozmysłu i celowo, aby tem wybitniej wykazać, że i niebezpieczeństwa prostytucyi reglementowanej nie są bynajmniej małe.

Przeciw części drugiej omawianej broszury jak najostrzej wystąpić muszę z dwu zasadniczych powodów: po pierwsze ze stanowiska ogólno-społecznego (książka przeznaczona jest dla ogółu społeczeństwa), po drugie ze stanowiska czysto lekarskiego. Co do pierwszego: Autor wytknął sobie cel, ze wszech miar uznania godny, pouczenia ogółu czytelników według swej najlepszej woli i chęci, tudzież dużego zapasu wiedzy w tym kierunku i celowi temu chciał godnie sprostać. To podnieść należy jako zasługę. Tak wytkniętego celu jednak nie powinien był sobie pozwolić spaczyć nikomu, nawet swemu nakładcy. Tymczasem autor we wstępie do rozdziału V sam podaje, że nakładca: »aby na wydawnictwie nie stracić, wymagał, by w książce mniej była poruszona kwestya społeczna chorób wenerycznych, a więcej ich patologia i terapia w odniesieniu do jednostki«, i dodaje dosłownie: »I rzeczywiście muszę przyznać racyę mojemu szanownemu nakładcy«... Otóż sposobów leczenia nie wolno wysuwać na »wabika« większego pokupu, tem bardziej, że te sposoby, to tylko teorya, której przecież najinteligentniejszy nawet czytelnik w praktyce na sobie zastosować nie może. Czy nie należy raczej obawiać się, że ten lub ów czytelnik, nie rozumiejąc dokładnie tych lub owych objawów chorobowych, a polegając jedynie na broszurze i rozmaite zawarte w niej poglądy tłómacząc sobie fałszywie, właśnie przez to, i tylko przez to, pobłądzi, ponosząc szkodę na zdrowiu.

Na opis sposobów leczenia, opis ich rodzajów, wartości, ich doboru w poszczególnych przypadkach, co więcej na krytykę tych lub owych zabiegów leczniczych pozwolić sobie może jedynie lekarz, i to lekarz o dużym zasobie wiedzy nietylko teoretycznej, ale i praktycznej, opartej na bardzo obfitym materyale praktyki klinicznej, szpitalnej i prywatnej. A tak wielkie jest dotąd poszanowanie wśród lekarzy dla poszczególnych specyalności, czy działów medycyny, że w dziale chorób wenerycznych n. p. nie będzie zabierać głosu chirurg, w dziale chorób gardła i nosa okulista i t. p., bo każdy z nich rozumie, że rozgraniczenie pól pracy prowadzi do wydoskonalenia, do szczególniejszej wprawy i do możliwie największego doświadczenia. Natomiast autor, nie-lekarz, załatwia się ze sposobami leczenia i zapobiegania krótko i kategorycznie, na przestrzeni stron 14 (od str. 114—128). Pociesza jednak autor czytającą publiczność, a mnie przeraża, bo dodaje: »Być może, iż w następnem wydaniu tej broszury kwestyę tę (sposoby leczenia) obszerniej opracuję«. Życzę autorowi i nakładcy, by broszura choćby setnego doczekała się wydania, ale by już w najbliższem kwestya sposobów leczenia zupełnie była pominięta. Gdyby autor chciał, aby publiczność leczyła się na podstawie jego broszury, to nie mógłby się chyba dziwić, gdyby go posądzono, że propaguje tak zwane partactwo lecznicze. Całe szczęście, że nikt, nawet inteligentny czytelnik na podstawie podanych »sposobów leczenia« leczyć się nie może. A jeśli owe sposoby leczenia istotnie do niczego ogółowi społeczeństwa przydać się nie mogą, po co je było wogóle opisywać?

Wystąpić wreszcie należy przeciw broszurze ze stanowiska lekarskiego także dlatego, że autor, nie będąc sam lekarzem, bawi się w krytykę tych lub owych sposobów leczenia, w ocenę tych lub owych środków leczniczych, słowem zachowuje się już zbyt swawolnie, by go nie przywołać do opamiętania. Miał tylko raz autor w ciągu swej pracy nad rozdziałem V myśl naprawdę szczęśliwą w zdaniu: »Według mnie napisanie podręcznika lekarskiego popularnego, choćby nawet dla inteligentnego ogółu, jest rzeczą nietylko ogromnie trudną, ale bezowocną i nawet niebezpieczną« (strona 112 wiersz 9 od dołu i następne). To zdanie i ja najzupełniej z autorem podzielam i gdyby się był autor trzymał tej naprawdę zdrowej myśli jako wytycznej, byłby książki, przeznaczonej dla szerszych warstw społeczeństwa, nie napisał w tej formie, a mnie nie zniewoliłby do tak kategorycznego zwalczania tej zwłaszcza części broszury.

Dr Jan Tadeusz Lenartowicz (Lwów).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 10. XI. 1916.

Przewodniczy kol. Kucera, protokołuje kol. Szczepański. Obecnych 30 kolegów.

Przewodniczący w zagajeniu posiedzenia wyraża radość z powodu częściowego spełnienia się naszych pragnień narodowych, zachęca do dalszej sumiennej pracy dla dobra i rozkwitu nauki polskiej. (Oklaski). Zebrani wysłuchali przemówienia stojąc.

Kol. Łukasiewicz wyraża życzenie, by Towarzystwo lekarskie lwowskie wysłało adres do bratniego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, do Prezydenta miasta Warszawy i do Rektora Uniwersytetu warszawskiego.

1. Kol. L. Feuerstein przedstawia 26-letniego mężczyznę z **lichen ruber planus z hyperkeratozą.**

Dyskusya: a) Kol. Łukasiewicz potwierdza rozpoznanie. Uważa w tych razach za znakomity środek użycie arsenu i zapytuje, czy mowca arsen stosował. — b) Kol. Feuerstein: Chory jest niedawno w szpitalu i twierdzi, że arszeniku nie znosi. — c) Kol. Lenartowicz: Najlepszym środkiem w leczeniu czerwonego liszaja płaskiego jest arszenik. Nie znaczy to jednak, by był to jedyny środek, bo czasem arszenik nic nie pomaga, jak poucza jeden przypadek, który mowca miał w leczeniu. W przypadku tym użyto pasty z tumenolu z pastą cynkową i antypiryny, po których to środkach nastąpiła ulga. Nareszcie zdecydował się mowca podać arsen wewnętrznie (pigułki azyatyckie); wynik był dobry, zaczęła się inwolucya. Unna radzi również podawać arsen wewnętrznie. Unna obecnie zaleca 4% maść karbolową. — d) Kol. Łukasiewicz twierdzi, że w każdym przypadku liszaja czerwonego działanie arszeniku jest dobre. Co do promieni Roentgena, można tego środka próbować; wynik niezawsze pewny. Mowca przestrzega przed użyciem 4% maści karbolowej. — e) Lenartowicz: Wielu badaczy podnosi korzystne działanie promieni Roentgena, o uszkodzeniu chorego przy umiejętnem stosowaniu niema mowy. Co do maści karbolowej, podnosi mowca jeszcze raz, że Unna zaleca stosować 4% maść karbolową. — 7) Kol. Feuerstein zaznacza, że środkiem prawie swoistym w czerwonym liszaju płaskim jest arszenik. Jeżeli chory oddziaływa powoli na ten środek, to można obok arszeniku użyć innych środków pomocniczych, jak tumenolu i innych, nareszcie promieni Roentgena. Można używać arszeniku lub salwarsanu, i to naprzód salwarsanu, potem arszeniku, lub odwrotnie.

2. Kol. Feuerstein przedstawia przypadek następujący: Chory, żołnierz 30-letni, jest w szpitalu wojskowym przez 5 miesięcy dotychczas bez rozpoznania. W 1908 przechodził kiłę i był leczony; i tu w szpitalu był leczony w tym kierunku, to jednak nie wpłynęło dodatnio na jego schorzenie. Na ciele niema żadnych zmian. Na całej błonie śluzowej wargi dolnej znajdują się misternie ułożone obok siebie wykwity. Pierwotnym wykwitem jest pęcherzyk, wypełniony płynem surowiczym. Zwykle po dwóch dniach treść mętnieje, staje się ropną; pęcherzyk pęka, pozostaje szarawobrudny nalot. Badania mikroskopowe nie dały nic pozytywnego. Podobnego przypadku mowca nie widział i nie może określić rozpoznania. Sądził przez pewien czas, że ma do czynienia ze schorzeniem sztucznie wywołanem. Ponieważ później chory był bardzo strzeżony, należy to wykluczyć.

W dyskusyi kol. Łukasiewicz różniczkuje pomiędzy chorobami skórnemi, które mogłyby tu też wchodzić w rachubę, a więc: lichen ruber planus, erythema exsudativum multiforme, lupus erythematodes disseminatus. Przy bliższem zastanowieniu się, należy te wszystkie schorzenia wykluczyć. Mowca uważa zmiany przecież za wywołane sztucznie.

3. Kol. A. Gluziński wygłasza drugą część wykładu: **Uwagi nad etyologią, patogeneza i klinicznem rozpoznawaniem wrzodu dwunastnicy.** (Rzecz, drukowana w »Przegl. lek.« 1917, Nr 1 i nast.).

Posiedzenie d. 24. XI. 1916.

Kol. przewodniczący Kucera wygłosił mowę z powodu zgonu ś. p. cesarza Franciszka Józefa. Mowy wysłuchano stojąc, a na znak żałoby posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie naukowe d. 15. XII. 1916.

Przewodniczy kol. Kucera, protokółuje kol. Szczepański. Obecnych 20 kolegów. Kol. przewodniczący zawiadamia, że kol. Drzymalik został wpisany w poczet członków.

1. Kol. Hornowski: **O patogenezie twardziny skóry (sclerodermia).** (Rzecz wyjdzie w całości drukiem w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi zabierali głos kol. A. Gluziński, kol. Schramm, kol. Kucera i kol. Hornowski.

2. Kol. Cieszyński przedstawił dwie **protezy po resekcyi szczęki górnej.**

W dyskusyi zabierał głos kol. Barański, przedstawiając przez siebie wykonaną protezę, i kol. Cieszyński.

Posiedzenie naukowe d. 5. I. 1917.

Przewodniczy kol. Kucera, protokołuje kol. Z. Szczepański, Obecnych 18 członków.

1. Kol. Hornowski omawia **dane dotyczące padaczki** porusza sprawę etyologii tego cierpienia, oraz znajdowanych przy niem zmian anatomopatologicznych makroskopowych i mikroskopowych. Na podstawie swego materyału sekcyjnego: 62 mężczyzn i 35 kobiet, zmarłych na padaczkę, stwierdza prelegent, iż prawie zawsze, a w każdym razie w większości przypadków można wykazać makroskopowe lub mikroskopowe zmiany w mózgu lub otaczających go tkankach. Prelegent w 58 przypadkach znalazł zmiany makroskopowe bądź w czaszce, bądź w oponach, bądź w mózgu, które można było postawić w związek z padaczką. Z pozostałych 39 przypadków wykazał prelegent zmiany mikroskopowe w mózgu w 17 przypadkach, zaś zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania w pozostałych, szczególniej wtedy, gdy osobnik zmarł w czasie stanu padaczkowego (status epilepticus).

Po omówieniu, zgrupowaniu i oświetleniu tych zmian przedstawił prelegent, jako ilustracyę, następujące preparaty anatomopatologiczne z osobników chorych na padaczkę: 1) czaszkę z licznemi bliznami, 2) czaszkę z próchnieniem kości gruźliczem, 3) zwapnienie opon miękkich, 4) znacznego stopnia zwyrodnienie torbielowate splotu naczyniowego mózgu, 5) zrosty naokoło splotu naczyniowego mózgu, wraz ze znacznem rozszerzeniem żyły wielkiej Galena i z wodogłowiem wewnętrznem, 6) niedokształt jednej półkuli mózgu, 7) miejscowy zanik mózgu w okolicy ruchowej dla kończyn dolnych, 8) miejscowy niedokształt zakrętów ciemieniowych, 9) miejscowe stwardnienie kory w okolicy zakrętu Broca, 10) asymetryę rogów Ammona, 11) braki w korze wraz z brunatnawem jej zabarwieniem, 12) pozostałości po rozmiękknieniu mózgu ogniskowem, 13) wągra mózgu (makroskopowo i mikroskopowo), 14) perlaka podstawy mózgu, 15) śródbłoniaka podstawy mózgu, 16) glejaka mózgu, 17) torbiel szyszynki, 18) powiększoną, zwapniałą tarczycę, 19) torbielowate zwyrodnienie jajników, 20) gruzełek odosobniony mózgu, 21) kilaka w okolicy komory IV, 22) ognisko stwardnienia glejowego w okolicy oliwy, 23) ependymitis tuberosa, 24) bujanie okołonaczyniowe gleju (mikroskopowo), 25) rozrost przybrzeżny gleju (mikroskopowo), 26) zanik włókien nerwowych poziomych kory mózgowej (mikroskopowo), 27) koloid bazochłonny w tarczycy (mikroskopowo), 28) wylew krwi do móżdżku (mikroskopowo), 29) guzek glejowy jądra ogoniastego (mikroskowowo).

Prelegent podnosi trudności sprecyzowania niektórych zmian w kierunku rozstrzygnięcia, o ile są one przyczyną, czy też następstwem padaczki i zwraca uwagę na wybitny udział w patogenezie padaczki nieprawidłowych stanów wydzielniczych w gruczołach wewnętrznego wydzielania.

W dyskusyi zabierali głos kol. A. Gluziński, Kucera, Pisek, Kohlberger i Hornowski.

2. Wybrano »komisyę matkę« na przyszłe Walne Zgromadzenie.

Sekretarz: Z. Szczepański.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1914/15, XLI działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

I. posiedzenie zwyczajne z d. 4. XI. 1914[1].

Przewodniczący A. Jaworowski, sekretarz W. Jasiński; obecnych 11 członków, 1 gość.

1. P. Borsukiewicz zdaje sprawę z I Zjazdu higienistów polskich we Lwowie (od 19. do 22. lipca). Wobec licznych Sekcyi trudno objąć dorobek naukowy Zjazdu, da o tem pojęcie Pamiętnik Zjazdu. Część gospodarcza stała całkowicie na wysokości zadania, zarówno co do urządzenia samego Zjazdu, jak i kilku wycieczek do uzdrowisk polskich w Galicyi.

2. P. Borsukiewicz i W. Jasiński odczytali opracowany wspólnie (na Zjazd w Lublinie) referat: **O mleku białkowem i larosanie.** Po wyłuszczeniu zasad, na jakich opierał się Finkelstein, robiąc próby początkowe z mlekiem białkowem, B. i J. podali skład chemiczny tego mleka i opisali szczegółowo sposób przygotowania, przytaczając własne uwagi, zdobyte przy przygotowaniu mleka białkowego w lubelskiej »Kropli mleka« od lipca 1912 r. Co do działania mleka białkowego, prelegenci spostrzegali wprawdzie dość dużo przypadków, lecz tylko dorywczo, brak im systematycznego badania co do wagi, ciepłoty, ilości stolców i t. p., gdyż dane takie uzyskać można tylko na odpowiednio urządzonym oddziale dla niemowląt. Stosując mleko białkowe w przypadkach zatrucia pokarmowego (intoxicatio alimentaris) i dalej posuniętych zaburzeń (decompositio) w miejscowej »Kropli mleka«, nie zawsze zebrać mogli dane nawet co do przebiegu i zejścia choroby, w większości przypadków wyniki były jednak zadowalniające i prelegenci polecają uwadze kolegów tę metodę leczenia, tem więcej, że przezwyciężyli wszelkie trudności przygotowywania mleka białkowego; obecnie mleko białkowe z »Kropli mleka« może być z pożytkiem stosowane w przypadkach zaburzeń trawienia niemowląt.

W dyskusyi zabierali głos Jaworowski, Kiełczewski, Erlichówna, Prussak, Cynberg i obydwaj prelegenci.

3. Dr A. Jaworowski skreślił w krótkości działalność oraz ostatnie chwile życia zmarłego w Bychawie członka Towarzystwa, ś. p. Dr M. Janczewskiego, poczem pamięć zmarłego uczczono przez powstanie z miejsc.

II. posiedzenie zwyczajne z d. 4. XII. 1914.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 12 członków.

1. B. Dziemski przedstawia 28-letniego mężczyznę z wybitną niedokrwistością i znacznem powiększeniem wątroby i śledziony. Rozpoznanie wahało się pomiędzy chorobą Bantiego, a **białaczką;** badanie krwi ustaliło to drugie przypuszczenie.

2. W. Jasiński przedstawia 8-letniego chłopca, dotkniętego drgawkami klonicznemi twarzy i głowy: drgawki występowały napadowo co 1/2—1 godziny, następnie co 2—3 godziny; napady trwały 3—5 minut i polegały na nagłem skręceniu głowy w lewo, oraz szybkich ruchach klonicznych brwi, gałek ocznych i źrenic: clonus concomitans mm. recti interni dextri et abducentis sin., m. superciliaris, orbicularis orbitae et palpebrarum, oraz w słabszym stopniu m. frontalis, a nawet m. orbicularis oris. Obraz ogólny drgawek przypominał rzucawkę lub drgawki mocznicowe. Przytomność podczas napadów zupełna. Badanie dna oka (kol. Zajdenman) zmian nie wykryło; odczyn źrenic nieprawidłowy w postaci t. zw. pupilla saltans. Odruchy ścięgniste wzmożone. W zachowaniu chłopca wykryto chęć zwrócenia na siebie uwagi otoczenia; napady zdarzały się częściej podczas wizyty lekarza na sali, można było nawet wywołać je niekiedy, zachęcając chłopca, by pokazał »jak to mu się robi«. Wobec tak wyraźnego wpływu suggestyi zapowiedziano chłopcu przy badaniu dna oka oftalmoskopem, że po tym zabiegu drgawki wkrótce ustąpią. Istotnie chłopiec w ciągu następnych 6 dni pobytu w szpitalu nie miał drgawek i odtąd do szpitala się nie zgłaszał. Prelegent rozpoznaje **myoklonię histeryczną,** opisywaną także pod innemi nazwami (paramyoclonus multiplex, chorea electrica) i przedstawianą niesłusznie za samoistną postać chorobową.

W dyskusyi Dobrucki opisuje z praktyki obecnej wojny przypadek szczególnych ruchów mięśniowych (wykręcanie kończyn górnych, ruchy mimiczne twarzy) u kilkunastoletniego chłopca, narażonego przez dłuższy czas na niebezpieczeństwo wskutek bitwy w sąsiedztwie i uległego wskutek tego pewnemu wstrząsowi nerwowemu; — napady ustąpiły po kilku tygodniach pobytu w szpitalu.

3. A. Żebrowski przedstawia 16-letniego chłopca, u którego **po doszczętnej operacyi wyrostka sutkowego** dokonał **plastyki** sposobem własnym. Ż. robi cięcie 2—3 cm poza małżowiną uszną, odłącza skórę wraz z małżowiną i dokonywa operacyi wyrostka. W 6—8 dni po operacyi robi drugie cięcie tuż za małżowiną oraz cięcie poprzeczne pośrodku między opisanemi dwoma za uchem; w ten sposób otrzymuje dwa płaty, które wszywa ukośnie, pokrywając ranę. Zaletą tego sposobu jest — według prelegenta — pokrycie grubą warstwą skóry obnażonej zatoki, inne sposoby plastyki tego nie uwzględniają

[1]) 4. IX. i 4. X. posiedzenia nie były zwoływane.

W dyskusyi a) Dobrucki uważa, że plastyka dokonywana była zbyt wcześnie; co do sposobów plastyki, mogą one być bardzo różnorodne wobec tego, że skóry do rozporządzenia jest dosyć. — b) Jasiński radzi wprowadzić pewną zmianę w porządku płatów.

4. S. Dobrucki mówił **o leczeniu cholery**, streszczając mało znane a oryginalne poglądy na tę sprawę Rogersa z Kalkuty. Badacz ten twierdzi, że wskutek rozkładu substancyi azotowych przez przecinkowce wydziela się znaczna ilość kwasu siarkowego. Większość objawów klinicznych cholery przypisuje Rogers raczej działaniu tego kwasu, niż toksynom, a przeto i w leczeniu zwraca uwagę na zobojętnienie kwasu. W tym celu, oprócz wlewania dosyć dużych ilości (3—4 litrów) rozczynu hypertonicznego, poleca Rogers wewnętrznie nadmanganian potasu (w pigułkach keratynowych, po 0,12 co 15 minut) lub nadmanganian wapnia — w rozczynie $^1/_{10000}$, łyżkami co 15 minut. Emmerich prócz związków manganowych stosuje w początku kwas amidosulfonowy. Sposób leczenia, podany przez Rogersa, miał wywołać obniżenie śmiertelności wskutek cholery w Kalkucie z 56% do 23%.

W dyskusyi Dziemski oświadcza się za jednoczesnem stosowaniem szczepień, inni mówcy (Tołwiński, Cynberg, Jaworowski, Jasiński) przeszli na temat coraz częstszego stwierdzenia przypadków cholery w okolicy i pożądanych środków zapobiegania.

5. A. Żebrowski odczytał **kilka uwag o przecinaniu ropni okołomigdałkowych**. Prelegent zwrócił głównie uwagę na błędy, spostrzegane przy przecinaniu tych ropni i przedstawił narzędzia, ułatwiające szerokie otwarcie ogniska ropnego.

6. S. Dobrucki przedstawił preparat **wyrostka robaczkowego**, zrośniętego z odbytnicą. Ropień opróżnił się samorodnie do odbytnicy. W 2 miesiące później dokonano operacyi usunięcia wyrostka »à froid«.

7. Przyjęto (przez balotowanie) w poczet członków Towarzystwa kol. M. Glińskiego z Nałęczowa, I. Jaroszyńskiego z Piasków luterskich i M. Garbaczewskiego z Lublina. — Bibliotekarz (K. Rotkel) zrzekł się stanowczo swego mandatu.

Sekretarz: W. Jasiński.

†

Prof. Dr Antoni Gabryszewski

zmarł w Lugano 27. lutego 1917 w 53 roku życia.

Życiorys pomieścimy w jednym z następnych zeszytów.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 7. III. b. r. posiedzenie, na którem Dr Nowaczyński przedstawił przypadek t. zw. polyserositis, prof. Rosner nader rzadki przypadek makromastyi jednostronnej, Dr Szancenbach przypadek mikrotyi. Dyskusyę nad demonstracyami odłożono. Następnie wygłosił Dr Steinberg wykład: »Z dziedziny leczenia złamań szczęk«, objaśniając go przedstawieniem nader zajmujących przypadków, modeli i przeźroczy. W dyskusyi przemawiali prof. Kader, Ciechanowski i prelegent.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 14. marca w klinice okulistycznej (Kopernika 40).

Lwów. W ostatnich tygodniach stwierdzono w mieście kilkanaście przypadków duru osutkowego.

Warszawa. Uznając naglącą potrzebę przygotowania dostatecznej liczby urzędników lekarskich do służby państwowej w Polsce, tymczasowa Rada Stanu, w porozumieniu z cesarsko-niemieckim Zarządem cywilnym, przystępuje obecnie do zorganizowania przy uniwersytecie warszawskim kursów teoretycznych i praktycznych z dziedziny higieny publicznej i medycyny sądowej w zakresie wiadomości, niezbędnych dla lekarza powiatowego. Liczba słuchaczów ograniczona do 100. Warunkiem przyjęcia na kursa jest conajmniej 3-letnia praktyka lekarska i nieprzekroczony 50 r. ż. Kursa będą trwać około 3 miesięcy, będą bezpłatne, a absolwenci kursów, obejmujący stanowisko lekarzy powiatowych, otrzymają zwrot kosztów pobytu w Warszawie. Na program kursów składają się: higiena praktyczna, zarys bakteryologii, zaopatrzenie w wodę i usuwanie wód zanieczyszczonych, higiena środków spożywczych, higiena rzemiosł, epidemiologia, walka z chorobami zakaźnemi, odkażanie, walka ze śmiertelnością niemowląt i opieka nad dziećmi, walka z gruźlicą, kontrola aptek, medycyna sądowa, dyagnostyka anatomopatologiczna, psychiatrya sądowa, polskie prawodawstwo sądowe w rozwoju historycznym, obowiązki i prawa lekarza powiatowego.

— Wskutek uchwały I Zjazdu polskiej medycyny wojskowej utworzyła się stała Komisya do spraw wojskowolekarskich, do której należą Dr Adamski, Bobrowski, Korolewicz, Pawlikowski, Rogalski i Wernic. (Gaz. lek. 9).

— »Gazeta lekarska« (Nr 9) z powodu oddania kierownictwa Zakładu dezynfekcyjnego miejskiego z rąk jednego niespecyalisty w ręce innego niespecyalisty domaga się usunięcia tej anomalii i utworzenia naukowo prowadzonego Zakładu dezynfekcyjnego ze szkołą dezynfektorów na potrzeby całego kraju.

— Rada miejska warszawska odrzuciła opinię Stowarzyszenia lekarzy polskich w sprawie felczerskiej, wskazującą na konieczność zniesienia instytucyi felczerów, natomiast uchwaliła wezwać Magistrat, by przedstawił wnioski w sprawie wznowienia wykładów w szkole felczerskiej, oraz aby w szpitalach miejskich mieli felczerzy pierwszeństwo na posady dozorców chorych. »Gazeta lekarska« (Nr 9) wyraża z powodu tej uchwały ubolewanie, najzupełniej słuszne.

Z różnych stron. Dzienniki donoszą, że Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył d. 10. II. b. r. uroczyste posiedzenie (XLII) ku uczczeniu 25-letniej działalności prof. Dr inż. Szymona Dzierżgowskiego. Na posiedzeniu przemawiali prezes Związku, prof. Dr Stanisław Zaleski, doc. Dr Zdzisław Sowiński, Dr Wilamowski i Dr Ławrynowicz, charakteryzując kolejno pracę Jubilata, jako chemika, bakteryologa, higienisty i serologa, oraz prof. Dr Talko-Hryncewicz (z Krakowa) i doc. Dr Wł. Janowski (z Warszawy).

Zmarli: Dr Tadeusz Czyszczan, lekarz pułkowy, w Skołyszynie, w 54 r. ż.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 14. marca** 1917 o godzinie 6 wieczór **w klinice okulistycznej** (Kopernika 40). Na porządku dziennym: 1) Prof. Majewski i Dr Scharf: Demonstracya kliniczna. 2) Prof. Majewski: Nystagmografia kliniczna (z przedstawieniem chorych i przyrządów). 3) Dr Kleczkowski: Nowy sposób badania adaptacyi siatkówki i hemeralopii (z demonstracyą przyrządów). 4) Dyskusya nad demonstracyami kolegów Nowaczyńskiego, prof. Rosnera i Szancenbacha (z d. 7. III.); zgłoszeni kol. Wojciechowski, Engländer, prof. Braun.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Nr 11. Kraków, 17. marca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów)
Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują **w Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 17. marca 1917. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O sztucznej odmie piersiowej.

Część II, kliniczna.

Przez

Dr Seweryna Sterlinga,

ordynatora szpitala fundacyi Poznańskich w Łodzi.

(Dokończenie).

W przypadkach phthisis declarata fibrosocaseosa, progrediens chronica, zakładał Dłuski odmę rzadko (3 razy na 32 przypadki = 9·4%); ja czyniłem to o wiele częściej (24 razy na 55 przypadków = 43·6%). Działo się to dlatego, że chorzy sanatoryjni, ludzie przeważnie średnio zamożni, więcej mogli leczyć się metodami klimatyczno-dyetetycznemi. Grają więc względy natury socyalnej przy wskazaniach do leczenia odmą pewną rolę; w szpitalu wcześniej, niż n. p. w sanatoryum, wypada pomyśleć o zastosowaniu odmy sztucznej. Wyniki dodatnie (I i II) są na ogół podobne: w sanatoryum 66%, w szpitalu 58%. Mniej pomyślne wyniki mieliśmy w szpitalu przy phthisis declarata fibrosocaseosa, progrediens acuta; mianowicie wyniki dodatnie (I i II) wynosiły w sanatoryum 87%, w szpitalu 54%.

W pięciu przypadkach phthisis consumptiva fibrosocaseosa były wyniki szpitalne lepsze (60% dodatnich), niż w 13 przypadkach sanatoryjnych (30% dodatnich). Materyał kliniczny obu zakładów tem się różni jeszcze, że w szpitalu stosowano odmę i w przypadkach ostrych (wogóle w ośmiu). Wynik dodatni otrzymano w jednym (w przypadku phthisis consumptiva caseosa — wynik II). W jednym przypadku phthisis acuta uzyskano znakomitą poprawę; jednakże nastąpiło powikłanie przez różę twarzy i głowy — zakończone śmiertelnie. Badanie pośmiertne nie wykryło w płucu uciśniętem żadnych tendencyi do gojenia się; była to więc jedynie poprawa kliniczna, względnie przerwanie postępu choroby (wynik III).

Wynik III u 7% chorych sanatoryjnych i 12% chorych szpitalnych jest bądźcobądź pewnym tryumfem lecznictwa; oszczędzamy choremu wielu objawów przykrych i przedłużamy mu życie.

Co się tyczy powikłań technicznych, to w przypadkach sanatoryjnych nie było ani jednego powikłania przez zator gazowy. W szpitalu miałem u trzech chorych pięć razy objawy zatoru gazowego, który u jednego chorego miał jednak pozór raczej odruchu z opłucnej, aniżeli zatoru. (Wszystkie te powikłania zdarzyły się przy reinsuflacyach, nie przy pierwszej insuflacyi).

Jak to podano w tablicy, jeden przypadek zatoru zakończył się śmiercią. Asystent, który mnie zastępował, podaje, że chory — w czasie wykonywania reinsuflacyi — nagle się poruszył, co wywołało obsunięcie się igły, względnie wejście igły do naczynia przebiegającego w zroście, ponieważ płuco było od opłucnej zupełnie odsunięte. (Na sekcyę pozwolenia nie otrzymano).

W drugim przypadku chory już był zeszedł ze stołu operacyjnego, gdy nagle stracił przytomność. Po paru minutach przytomność powróciła; dalszych następstw nie było.

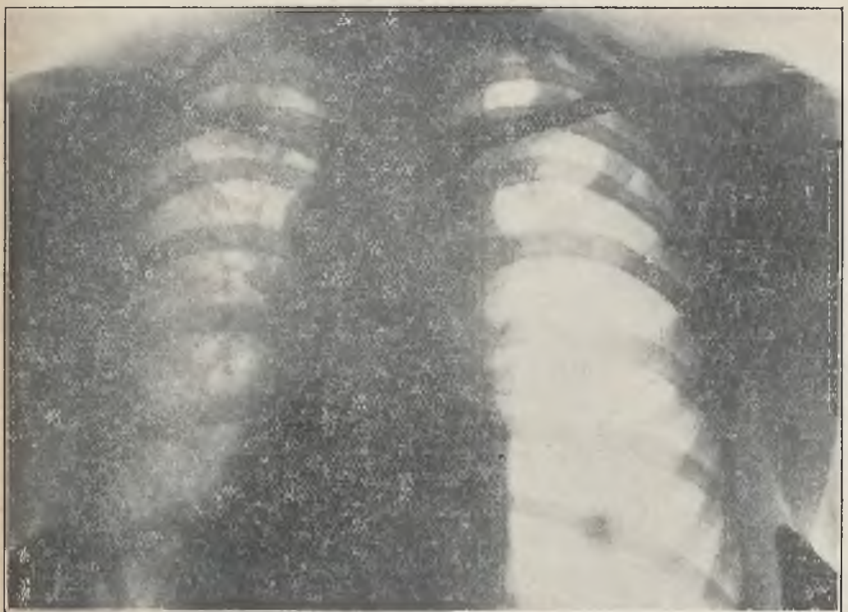
W przypadku trzecim, gdzie mieliśmy wynik leczniczy I (po 30 miesiącach leczenia; chory pracował już z powrotem, jako robotnik fabryczny), zdarzyły się trzykrotnie przy trzech kolejnych reinsuflacyach, dokonanych w przerwach 6—7-tygodniowych, takie objawy: pod koniec zabiegu chory stawał się apatyczny, na pytania odpowiadał po dłuższym namyśle; po zejściu ze stołu operacyjnego siadał na krześle i płakał. Taki stan trwał dwie do trzech godzin. Jedynym objawem somatycznym było zwolnienie tętna do 40—44 uderzeń. Następne reinsuflacye przebiegały bez powikłań; pozostało jedynie pewne zwolnienie tętna do 60—64 uderzeń na minutę.

Z powikłań przebiegu choroby najczęstsze było zapalenie opłucnej. W sanatoryum zdarzyło się osiem razy (27%), mianowicie przy wyniku I w 30%, przy wyniku II w 30%, przy wyniku V w 33% odpowiednich przypadków. W przypadkach szpitalnych zdarzyło się 13 razy (25%; stosunek obliczony przy uwzględnieniu 52 przypadków, to jest z wykluczeniem przypadku ropniaka opłucnej z odmą), mianowicie przy wyniku I w 15%, przy II w 27%, przy III w 71%, przy V w 17% przypadków.

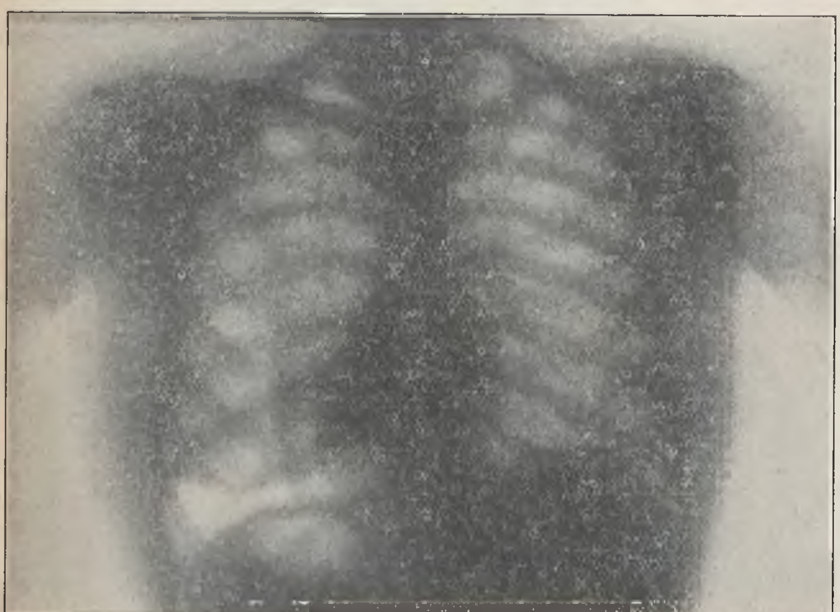
Z tych 13 przypadków w czterech wysięk zropiał; w dwu zaś z tych 4 wysięk ropny zorganizował się. W jednym z przypadków szpitalnych mieliśmy wysięk zupełnie krwawy, bardzo obfity; wystąpił po piątej reinsuflacyi i trwał przez parę miesięcy; takiego powikłania, o ile wiem, dotąd nie opisano.

W jednym przypadku powikłanie można było nazwać »pleuritis providentiae«: tyczy się to przypadku odmy sztucznej u kobiety 40-letniej, która powróciła do miasta — po wielomiesięcznym pobycie w Otwocku — w stanie bardzo lichym. Powiodło się wytworzyć odmę częściową dostateczną (pneumothorax artificialis partialis sufficiens). Objawy kliniczne uległy zmianie na lepsze, ale stan był niedobry; przez cały rok trzeba było stosować kamforę podskórnie; reinsuflacyę powtarzano co parę tygodni. W drugim roku leczenia wytworzył się wysięk opłucny tak wielki, że zajął całą jamę opłucnej; od tego czem stan chorej się poprawił. Teraz, po 30 miesiącach od początku choroby (14 miesięcy od ostatniej reinsuflacyi), chora czuje się znośnie, kaszle mało, pracuje przy gospodarstwie; jedynie przy wysiłkach fizycznych odczuwa brak tchu.

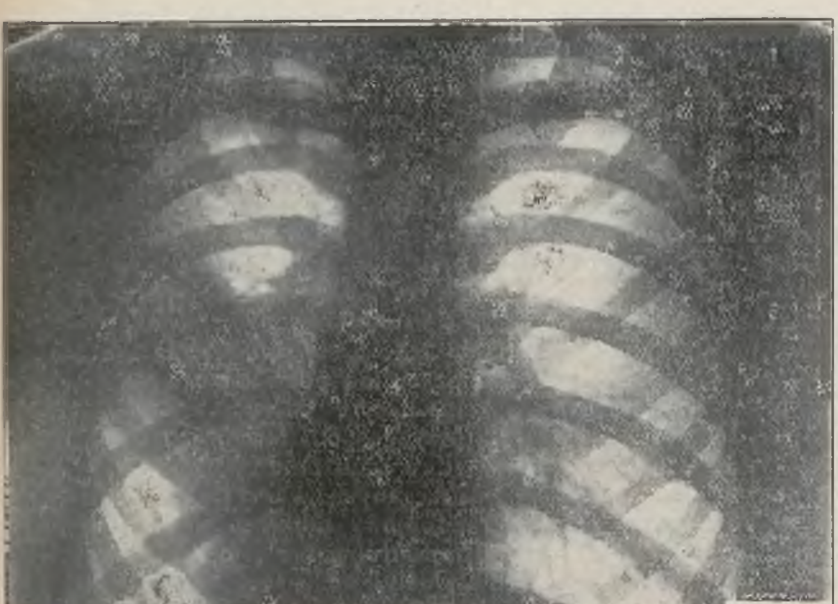
Z innych powikłań, spostrzeganych w szpitalu, wymienię: raz gruźlicę krtani, raz objawy zaburzeń trawiennych w zależności od ucisku na wątrobę, raz gruźlicę prosówkową ogólną, raz półpasiec klatki piersiowej ze strony uciśniętej. W jednym przypadku ciąża zniweczyła osiągnięty wynik dodatni.



Rys. 2. Pneumothorax artificialis completus. (Spostrzeżenie szpitalne).



Rys. 3. Pneumothorax partialis, sufficiens. Niewielki pęcherz gazowy uciska od dołu na dolny płat płuca lewego, w którem jest czynne ognisko gruźlicze. (Spostrzeżenie szpitalne).



Rys. 4. Pneumothorax partialis bilocularis. Płuco uciśnięte od góry i od dołu. (Spostrzeżenie szpitalne).



Rys. 5. Pneumothorax completus. Mały wysięk opłucny. (Spostrzeżenie szpitalne).



Rys. 6. Pneumothorax artificialis completus. Pleuritis exsudativa serosa. Znakomity stopień przesunięcia śródpiersia i serca. (Spostrzeżenie szpitalne).



Rys. 7. Pneumothorax artificialis dexter. Pleuritis providentialis. Płuco uciśnięte przez wysięk, zajmujący całą opłucnę. (Spostrzeżenie szpitalne).

Wnioski.

1. Wynik leczniczy udatnej odmy sztucznej może być przemijający albo stały.

2. Wynik stały może zależeć od działania objawowego, albo od działania gojącego, zabliźniającego.

3. Wynik objawowy, t. j. uzyskana przerwa w przebiegu choroby, bywa zakłócony: przez powikłania pozapłucne, najczęściej pochodzące z opłucnej; przez odżycie ogniska, istniejącego w płucu drugiem; rzadziej przez odżycie ogniska w płucu uciśniętem (wtedy spostrzegamy nawrót choroby, która aż do końca przebiega pod postacią wyniszczenia, bez gorączki).

4. Wynik zabliźniający, t. j. wyleczenie w znaczeniu anatomicznem, następuje w tych przypadkach, w których istniała już przedtem skłonność do otorbiania się ognisk, do stwardnienia i bliznowacenia ognisk, do ich kurczenia się, czemu przeszkadzały warunki mechaniczne w postaci ruchów oddechowych i działania aspirującego ściany klatki piersiowej na powierzchnię płuca.

5. W rzadkich przypadkach odma sztuczna, działająca początkowo jedynie objawowo, tak dalece zmienia siły odrodcze całego ustroju, że i w płucu z czasem pojawia się skłonność do gojenia się ognisk gruźliczych.

6. Dłuższe spostrzeganie chorego przed wytworzeniem odmy umożliwia sąd o tem, czy w danym przypadku liczyć można na wynik jedynie objawowy, czy też zabliźniający.

7. W przypadku pierwszym należy zastosować (możliwie) silny ucisk; w przypadku drugim wystarcza, jeśli parcie w opłucnej nieco przewyższa zero.

8. Odmę sztuczną nazwać można »heroicznym« sposobem leczenia. Daje ona niekiedy wyniki bezprzykładne; kryje się w niej jednak dużo niebezpieczeństw, mianowicie: a) technika obecnie stosowana nie zabezpiecza od zatoru gazowego (choćby wskutek aspiracyi powietrza oskrzelowego do żyły płucnej); b) ogniska nieczynne w płucu drugiem stać się mogą czynnemi podczas stosowania odmy leczniczej; c) każde przypadkowe schorzenie płuca drugiego grozi katastrofą; d) wysoki stopień ciśnienia grozi przerwaniem jamy płucnej.

9. Chociaż odma sztuczna znajduje zastosowanie lecznicze w bardzo ograniczonej liczbie przypadków suchot płucnych, niemniej jednak należy uznać za znakomity postęp lecznictwa osiągnięte przy jej stosowaniu wyniki, zarówno gojące, jak też i objawowe.

Dopisek podczas korekty: Idąc za radą Saugmanna zmieniłem dwa szczegóły stosowanej techniki: 1) Miejsce nakłucia znieczulam wskróś aż do opłucnej. Staram się przez to uniknąć rzucawki nerwowej, wstrząsu. 2) Operuję zawsze na chorym leżącym, przyczem głowa chorego leży niżej, aniżeli miejsce nakłucia. Także położenie zabezpiecza poniekąd — w razie powstania zatoru gazowego — od dostania się pęcherzyków gazu do mózgu.

Z kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.
(Dyrektor: Radca dworu prof. Dr A. Gluziński).

O zależności kwaśności moczu od wegetatywnego układu nerwowego.

Podał
Dr Henryk Sochański,
asystent kliniki.

(Wykład wygłoszony na Zjeździe internistów polskich we Lwowie w lipcu 1914).

(Dokończenie).

IV. Wstrzykiwanie pilokarpiny.

1. G. S. l. 89. 1912/13. Colitis subchr. in indiv. nervoso. Średnia kw. og. moczu 41.
Dnia 19. XI. przed wstrzyk. 38
wstrz. 0·01 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 64 kg.)
w 1 godz. po wstrz. kw. m. og. 30 35·3
» 2 » » » » » » 32 32·6
» 3 » » » » » » 36
silna reakcya
Dnia 20. XI. kw. og. moczu 39.

2. E. S. l. 70. 1911/12. Periostitis chr. ossium antibr. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. m. 60.
Dnia 6. XI. kw. og. 62.
Dnia 7. XI. przed wstrz. 60
wstrz. 0·01 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 67·4 kg.) 49
w 1 godz. po wstrz. kw. m. og. 41
Dnia 8. XI. kw. og. 56.

3. K. P. l. 86. 1911/12. Colitis chr. Anaemia sec. Nervositas. Retrofl. uteri lib. Dyeta ml. Srednia kw. og. moczu 38.
Dnia 18. XI. kw. og. 40.
Dnia 19. XI. przed wstrz. 39
wstrz. 0·01 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 64 kg.) 32
w 1 godz. po wstrz. 26
dalsze porcye moczu razem wzięte 31
Dnia 20 XI. kw. og. 36.

4. A. T. l. 255. 1910/11. Tetania. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 52.
Dnia 4. IV. kw. og. 52.
Dnia 6. IV. przed wstrzyk. 53
wstrz. 0·01 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 38·2 kg.)
w 1 godz. po wstrz. kw. m. og. 42
» $1\frac{1}{2}$ » » » » » » 39 44 $48\frac{1}{2}$
» 2 » » » » » » 45
» 3 » » » » » » 50
Dnia 7. IV. kw. og. 49.
Dnia 8. IV. kw. og. 51.

5. H. H. l. 80. 1911/12. Hyperaciditas ventr. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 30.
Dnia 14. XI. kw. og. 30.
Dnia 15. XI. przed wstrzyk. 30.
wstrz. 0·01 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 30 kg.)
w 1 godz. po wstrz. kw. m. og. 25 28·34
» $1\frac{1}{2}$ » » » » » » 26 26·7
» 2 » » » » » » 29

W czasie wstrzyknięcia podano śniadanie próbne. Treści wydobyto (w 3 kwandranse) 250 cm^3, kw. og. 25, od HCl 14, dużo śluzu (połkn. ślina!). Treść po śniad. bez podawania pilokarpiny wykazuje w 3 kwadranse 48 HCl, 56 kw. og.
Dnia 16. XI. kw. m. og. 31.

V. Wstrzykiwania ezeryny.

1. E. S. l. 70. 1911/12. Periostitis ossium antibrachii. Dyeta mieszana. Średnia kw. m. og. 60.
Dnia 8. XI. kw. m. og. 56.
Dnia 9. XI. przed wstrzyk. kw. m. og. 55
wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 67·4 kg.) 50
po wstrz. w 1 godz. 46
poczem wzrost kw. m. og.
Dnia 10. XI. kw. m. og. 55.
Dnia 11. XI. kw. m. og. 60.

2. K. P. l. 86. 1911/12. Colitis chr. Anaemia sec. Nervositas. Retrofl. uteri libera. Dyeta ml. Średnia kw. m. og. 38.
Dnia 15. XI. kw. m. og. 38.
Dnia 16. XI. przed wstrzyk. kw. m. og. 38.
wstrz. 0·0005 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 65 kg.) 31·6
w 1 godz. po wstrz. 27
mocz z reszty doby 30
Dnia 17. XI. kw. m. og. 37.
Dnia 18. XI. kw. m. og. 40.

3. B. W. l. 328. 1910/11. Obstip. alvi habit. Dyeta mieszana. Średnia kw. m. og. 32.
Dnia 10. V. kw. m. og. 40.
Dnia 11. V. przed wstrzyk. 40 35 (mocz
wstrz. 0·000·5 gr. (waga ciała w chwili wstrz. $46\frac{1}{3}$ kg.) z całej
w 1 godz. po wstrz. 31 doby)
Dnia 12. V. kw. m. og. 36.
Dnia 13. V. kw. m. og. 32.

Dnia 14. V. kw. m. og. 33.
Dnia 15. V. przed wstrz. kw. m. og. 32.
wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 45½ kg.)
w 1 godz. po wstrzyk. 25 — 26 (mocz z całej doby)
Dnia 16. V. kw. m. og. 30.
Dnia 17. V. kw. m. og. 31.

4. T. H. l. 341. 1910/11. Colo- et nephroptosis. Laterodextroflexio uteri. Dyeta mieszana. Średnia kw. m. og. 30.
Dnia 25. V. kw. m. og. 30.
Dnia 26. V. przed wstrzyk. kw. m. og. 32
wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 55 kg.)
w 1½ godz. po wstrz. 25 — 29 (mocz z całej doby)
Dnia 27. V. kw. m. og. 31.

Chcąc zbadać lepiej wpływ układu autonomicznego na kwaśność moczu, nie poprzestałem na pilokarpinie i ezerynie, ale przeprowadziłem doświadczenia z najsilniejszym drażnikiem tego układu, a mianowicie z wazodylatyną Popielskiego [10]), korzystając ze sposobności w czasie badań Dr Sabatowskiego nad wpływem hormonalu Zuelzera [11]) na ruch robaczkowy jelit [12]). Wspomniany preparat Zuelzera zawiera duże ilości wazodylatyny i jej zawdzięcza swe działanie [13]). Że działanie hormonalu jest właściwie tylko działaniem wazodylatyny, dowodzą tego zmiany w ciśnieniu krwi (spadek) i jej krzepliwości (zmniejszenie się), występujące po jego wstrzyknięciu, a właściwe wazodylatynie [14]). Na ruch robaczkowy jelit niema hormonal bezpośredniego wpływu, a wzmożenie się tego ruchu, o ile następuje po wstrzyknięciu, jest następstwem spadku ciśnienia krwi i zwiększenia się w niej ilości CO_2. I pod tym względem nie różni się hormonal od wazodylatyny. Wpływ przetworu Zuelzera na kwaśność ogólną moczu musi zależeć także od wazodylatyny. Badałem go, oznaczając kwaśność moczu w 2, 4, 6 i 8 godzin po wstrzyknięciu i znajdowałem zawsze jej spadek, dochodzący do największego stopnia w 2 godziny po wstrzyknięciu. Jednorazowa dawka hormonalu wynosiła 15—20 cm^3 (0·309—0·43 cm^3 na 1 kg. wagi ciała). Spadek kwaśności ogólnej był wyraźny nawet w tych przypadkach, w których chorzy oddziaływali na wstrzyknięcie środka podwyższeniem się ciepłoty ciała, które, jak wiadomo, zawsze kwaśność ogólną moczu podnosi.

VI. Wstrzykiwania hormonalu.

1. K. B.*) l. 385. 1910/11. Myocarditis chronica. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 50.
Dnia 30. V. kw. m. og. 51.
Dnia 31. V. kw. m. og. 51.
Dnia 1. VI. przed wstrzyk. kw. m. og. 51.
wstrz. 20 cm^3 hormonalu (waga ciała 55½ kg.)
w 1 godz. po wstrz. 40
» 2 » » » 36 — 39·3
mocz z reszty doby 42 — 45·15
Dnia 2. VI. kw. m. og. 48.

*) Podwyższenie się ciepłoty po wstrzyknięciu do 37·7° C.

2. T. K.*) l. 316. 1910/11. Obst. alvi habit. (spast.). Dyeta mieszana. Średnia kw. m. og. 42.
Dnia 14. V. kw. m. og. 42.
Dnia 15. V. przed wstrzyk. kw. m. og. 40
wstrz. 15 cm^3 hormonalu (waga ciała 48·6 kg.)
w 1 godz. po wstrz. 35
» 2 » » » 30 — 32·6
mocz z reszty doby 33 — 36·2
Dnia 16. V. kw. m. og. 39.
Dnia 16. V. kw. m. og. 42.

*) Po wstrzyknięciu gorączka 39° C.

3. a) B. W. l. 328. 1910/11. Obst. alvi habit. Dyeta miesz.
Dnia 7. V. kw. m. og. 50.
Dnia 8. V. przed wstrzyk. kw. m. og. 48.
wstrz. 15 cm^3 hormonalu (waga ciała 46·5 kg.)
w 1 godz. po wstrz. 42
» 2 » » » 38
» 3 » » » 40
» 4 » » » 42
» 6 » » » 45
Ciepłota po wstrzyknięciu prawidłowa.
Dnia 9. V. kw. m. og. 45.
Dnia 10. V. kw. m. og. 40.

b) B. W. l. 328. 1910/11. Obst. alvi habit. Dyeta mieszana.
Dnia 30. V. kw. m. og. 33.
Dnia 31. V. kw. m. og. 32.
Dnia 1. VI. przed wstrzyk. kw. m. og. 32
wstrz. 20 cm^3 hormonalu (waga ciała 46 kg.)
w 1 godz. po wstrz. 30
» 2 » » » 22 — 26·6
mocz z reszty doby 28 — 29·3
Po wstrzyknięciu wzrost ciepłoty do 37·9.
Dnia 2. VI. kw. m. og. 30.
Dnia 3. VI. kw. m. og. 32.

4. T. H. l. 341. 1910/11. Colo- et nephroptosis. Laterodextroflexio uteri. Dyeta mieszana. Średnia kw. m. og. 30.
Dnia 19. V. kw. m. og. 32.
Dnia 20. V. przed wstrzyk. kw. m. og. 30
wstrz. 18 cm^3 hormonalu (waga ciała 55 kg.)
w 1 godz. po wstrz. 28
» 2 » » » 25 — 27
mocz z reszty doby 28. — 28½
Ciepłota po wstrzyknięciu prawidłowa.
Dnia 21. V. kw. m. og. 30.
Dnia 23. V. kw. m. og. 33.

Za tem, że wazodylatyna obniża kwaśność ogólną moczu, przemawiają i inne moje spostrzeżenia. Oznaczając ją w przypadkach chorób gorączkowych, widziałem zawsze, że w miarę spadku ciepłoty kwaśność ogólna moczu się obniża. Spadek ten jest wyraźniejszy, jeżeli ciepłota spada krytycznie, ale odbywa się zawsze bez większych skoków. Pewien wyjątek stanowi tu jednak krupowe zapalenie płuc. Po przełomie spadek kwaśności jest zrazu takisam, jak w innych chorobach gorączkowych, w 2—3 dni po przełomie, a więc w okresie rezolucyi można zauważyć nagłe obniżenie się kwaśności ogólnej, trwające 2—3 dni, poczem wzrasta ona i przechodzi do fizyologicznej wysokości, właściwej dla danego osobnika. Takiego spadku, jak powyżej opisany, nie spotkałem w innych chorobach gorączkowych. Mojem zdaniem wchodzi tu w grę wchłanianie się wazodylatyny w czasie rezolucyi, a więc w okresie peptonizacyi wysięku.

[10]) Wazodylatyna Popielskiego, substancya, powstająca podczas trawienia białka i znajdująca się stąd zawsze między produktami jego, jest naturalnym drażnikiem układu autonomicznego. Jeszcze przed jej odkryciem sądzono, że podobnie działające ciało w ustroju istnieć musi (hypotetyczna autonomina Eppingera i Hessa). Odkrycie wazodylatyny (Popielski) i liczne badania nad jej działaniem (Popielski, Modrakowski, Studziński, Czubalski i i.) miały nadzwyczaj ważne znaczenie dla fizyologii i patologii. Wiele opisanych, a dotychczas ze sobą nie powiązanych zjawisk, jak n. p. wstrząs anafilaktyczny (Friedberger), nagły zapad tuż po przedziurawieniu jelit (Heinecke), niezależny od działania toksyn bakteryi jelitowych (Marischler) i w. i. znalazło odrazu wytłómaczenie. Wazodylatyna znajduje się w peptonach (n. p. pepton Wittego) i w wyciągach ze zmiażdżonych tkanek, sporządzonych działaniem fizyologicznego rozczynu NaCl i $^1/_{10}$ n HCl. Chemiczne badania jej składu vide: Popielski i Panek (Chem. Untersuchungen über das Vasodilatin. 1909).

[11]) Hormonal Zuelzera (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. 46) był zrazu wyciągiem z błony śluzowej dwunastnicy i części odźwiernikowej żołądka. Później pojawił się on w handlu w postaci wyciągu ze śledziony. Stosuje się go głównie śródmięśniowo, rzadziej podskórnie, a jeszcze rzadziej per os.

[12]) Sabatowski: »O działaniu hormonalu na ruchy jelit«. (Tygodn. lek. z r. 1912. Nr 3).

[13]) Vide: prace Sabatowskiego, Dittlera i Mohra.

[14]) Zatrucia hormonalem opisują Mühsam, Madlener, Kretschmer, Juracz, Dittler, Mohr, Makowski, Łowieniecki, Frischberg, Rosenkranz i Hesse. W kilku przypadkach widziano zejście śmiertelne. Objawy zatrucia łatwo można usunąć przez wstrzyknięcie adrenaliny.

VII. Kwaśność ogólna moczu w przypadkach włóknikowego zapalenia płuc.

1. E. M. (251. 1912/13. Pneumonia crouposa lobi inf. pulmonis dextri.

Dnia 25. II. kw. og. 92.

Crisis

Dnia 26. II. kw. og.	88	
» 27. » » »	80	
» 28. » » »	71	
» 29. » » »	35	rezolucya
» 1. III. » »	31	rezolucya
» 2. » » »	28	rezolucya
» 3. » » »	39	rezolucya
» 4. » » »	45	rezolucya
» 5. » » »	50	
» 6. » » »	50	

2. M. M. (205. 1911/12). Pleuropneumonia croup. lob. inf. pulm. dextr.

Dnia 8. II. kw. og.	100	
» 9. » » »	99	
» 10. » » »	96	
» 11. » » »	95	
Crisis		
» 12. » » »	88	
» 14. » » »	82	
» 16. » » »	75	
Dnia 18. II. kw. og.	52	rezolucya
» 20. » » »	30	rezolucya
» 21. » » »	25	rezolucya
» 23. » » »	38	rezolucya
» 25. » » »	46	
» 26. » » »	55	
» 27. » » »	56	

3. K. G. (191. 1911/12). Pneumonia croup. lob. inf. pulm. dextri.

Dnia 29. I. kw. og.	108	
» 31. » » »	96	
Crisis		
» 1. II. » »	80	
» 2. » » »	72	
» 4. » » »	48	rezolucya
» 5. » » »	40	rezolucya
Dnia 6. II. kw. og.	31	rezolucya
» 7. » » »	30	rezolucya
» 8. » » »	40	rezolucya
» 9. » » »	45	rezolucya
» 15. » » »	45	
» 20. » » »	45	
» 28. » » »	44	

4. E. M. (218. 1911/12). Pleuropneum. croup. sin. in indiv. glaucom. abs.

Dnia 15. II. kw. og.	88	
» 17. » » »	70	(podano Digitalis)
» 19. » » »	71	lysis
» 21. » » »	68	lysis
» 23. » » »	50	lysis
» 24. » » »	38	
Dnia 25. II. kw. og.	40	rezolucya
» 26. » » »	32	rezolucya
» 27. » » »	42	rezolucya
» 28. » » »	30	rezolucya
» 2. III. » »	22	rezolucya
» 5. » » »	30	rezolucya
» 7. » » »	30	

5. A. S. (194. 1911/12). Pneum. croup. lob. inf. pulmon. dextri.

Dnia 30. I. kw. og.	82	
» 1. II. » »	80	
» 4. » » »	68	
Crisis		
» 5. » » »	60	
Dnia 6. II. kw. og.	52	rezolucya
» 7. » » »	40	rezolucya
» 8. » » »	30	rezolucya
» 9. » » »	41	rezolucya
» 11. » » »	45	
» 12. » » »	48	

Dla porównania: przypadek chorobowy z wysoką ciepłotą, spadkiem jej krytycznym, ale bez zmian zapalnych w płucach:

Z. S. (268. 1912/13). Status septicus post anginam.

Dnia 6. III. kw. og.	89
» 7. » » »	92
» 8. » » »	90
Crisis	
» 9. » » »	82
» 10. » » »	73
Dnia 11. III. kw. og.	65
» 12. » » »	62
» 13. » » »	59
» 14. » » »	55

Drugiem zjawiskiem, przemawiającem za obniżającym wpływem wazodylatyny na kwaśność ogólną moczu, jest spadek jej w 9—10 godzin po spożyciu obfitszej strawy [15]). Jest on najwyraźniejszy po pokarmach, zawierających dużo białka i niema związku ze spadkiem kwaśności, zależnym od wydzielania HCl do żołądka, a widocznym w 5—6 godzin po obfitszem jedzeniu.

VIII. Wahania kwaśności ogólnej moczu, zależne od trawienia pokarmów w przewodzie pokarmowym zdrowego człowieka.

1. H. S. Badany spożył obiad, złożony przeważnie z pokarmów mięsnych (flaczki, pieczeń wołowa, szynka). (W dniu badania nie jadł prócz poprzednio wspomnianego obiadu żadnych innych pokarmów).

Kwaśność ogólna moczu przed obiadem	52
» » » w 1 godz. po ob.	51
» » » » 2 » » »	52
» » » » 3 » » »	51
» » » » 4 » » »	47
» » » » 5 » » »	45
» » » » 6 » » »	43
» » » » 7 » » »	45
» » » » 8 » » »	46
» » » » 9 » » »	37
» » » » 10 » » »	42
» » » » 11 » »	50
» » » » 12 » » »	51

1a) H. S. Badany spożył takisam obiad, jak w poprzedniem doświadczeniu, z tą różnicą, że tuż przed obiadem zażył proszek o składzie: Natrii bicarb. 0·25. Bismuthi carbon. 0·75. (W dniu badania nie jadł prócz poprzednio wsp. obiadu żadnych innych pokarmów).

Kw. ogól. moczu przed obiadem 53; po obiedzie w 1 g. 52, w 2 g. 51, w 3 g. 52, w 4 g. 51, w 5 g. 50, w 6 g. 49, w 7 g. 51, w 8 g. 50, w 9 g. 40, w 10 g. 38, w 11 g. 47, w 12 g. 50.

2. H. S. Badany spożył obiad, złożony z innych potraw, jak w poprzednich doświadczeniu (skład obiadu: rosół z mięsa wołowego, mięso wołowe z sosem grzybowym, legumina ryżowa, chleb z masłem). (W dniu badania nie spożywał prócz poprzednio wspomnianego obiadu żadnych innych pokarmów).

Kw. ogól. moczu przed ob. 52; po ob. w 1 g. 53, w 2 g. 53, w 3 g. 51, w 4 g. 49, w 5 g. 48, w 6 g. 46, w 7 g. 49, w 8 g. 49, w 9 g. 43, w 10 g. 45, w 11 g. 51, w 12 g. 52.

3. H. S. Badany spożył obiad o składzie następującym chleb z masłem, kaszka na mleku, ziemniaki, legumina ryżowa W dniu badania nie spożywał prócz poprzednio wspomnianego obiadu żadnych innych pokarmów.

Kwaśność moczu ogólna przed obj.	51
» » » w 1 g. po obj.	50
» » » » 2 » » »	52
» » » » 3 » » »	52
» » » » 4 » » »	50
» » » » 5 » » »	49
» » » » 6 » » »	47
» » » » 7 » » »	49
» » » » 8 » » »	50
» » » » 9 » » »	48
» » » » 10 » » »	49
» » » » 11 » » »	52
» » » » 12 » » »	52

Prócz adrenaliny, atropiny, pilokarpiny, ezeryny i hormonalu badałem jeszcze kilka innych środków lekarskich w kierunku ich wpływu na kwaśność moczu Należały do nich: naparstnica (digitalis) [16]), strychnina [17]), sparteina [17]),

[15]) Zmniejszenie się krzepliwości krwi w czasie trawienia, zależne od wchłaniania się z przewodu pokarmowego wazodylatyny, opisał Czubalski w pracy p. t. O zmianach w krzepliwości krwi w okresie trawienia. (Tyg. lek. z r. 1911. Nr 28).

[16]) Naparstnica ma wpływ pobudzający na układ n. błędnego. Najsilniej ulega mu ośrodkowy (opuszkowy) i obwodowy n. błędny sercowy, reszta układu autonomicznego oddziaływa na naparstnicę bardzo słabo. Wyjątkowo silne oddziaływanie reszty układu n. błędnego na podawanie naparstnicy opisał w jednym przypadku Nasse.

[17]) Strychnina drażni ośrodkowy (opuszkowy) n. błędny sercowy (Heinemann, Falck), a według Verworna i obwodowy n. błędny sercowy, przyspiesza nieco ruchy jelit (Martin) i powoduje nieco obfitsze wydzielanie niektórych gruczołów, jak n. p. ślinianki (Vulpian). Jest więc niezbyt silnym drażnikiem ukł. autonomicznego. Sparteina działa w dawkach leczniczych pobudzająco na n. błędny sercowy (Gluziński, Laborde, Voigt,

antytyreoidyna Moebiusa [18]. Pierwsze trzy środki obniżały w moich doświadczeniach kwaśność ogólną moczu, ostatni ją podwyższał. Nie stoi to w sprzeczności z poprzedniemi badaniami. Naparstnica, strychnina i sparteina wpływają, jak wiadomo, podrażniająco na układ autonomiczny, a więc obniżenie się kwaśności moczu jest tego wyrazem, antytyreoidyna przypomina znów po części adrenalinę, która, jak z poprzednich badań widzimy, kwaśność ogólną moczu podwyższa.

Dodatek.

Wpływ niektórych środków lekarskich na kwaśność ogólną moczu.

1. Naparstnica.

G. P. l. 329. 1912/13. Myoc. chr. post morb. Basedowi. Dyeta mieszana.

Data	Kwaśność ogólna	Srodek lekarski	Ciepłota	Duszność
19. IV.	60	Infusum fol.	Stan bez-	b. silna
21. IV.	52	digitalis purp. e 1 ad 200. DS.		b. silna
22. IV.	45	Co 2 godz. łyżka	gorączk.	silna
24. IV.	46	Naparstnica w proszku	gorączka	silna
26. IV.	41	(3 razy dz. po 0·05 gr.)	st. bezg.	silna
28. IV.	45		gorączka	mała
29. IV.	48		stan	brak
30. IV.	55		bezgo-	brak
1. V.	56		rączkowy	brak

2. Strychnina i sparteina.

K. B. l. 385. 1910/11. Myoc. chron. Dyeta mieszana.

Dnia 10. VI. kw. ogól. 50
» 11. » » » 47
» 12. » » » 45
» 13. » » » 45
» 14. » » » 43
» 21. » » » 50

(11.–14.: 3 razy dziennie po 0·0005 gr. strychn. nitr. i 0·01 gr. spart. sulph. w pigułkach)

3. Antytyreoidyna Moebiusa.

E. M. l. 248. 1912/13. Morb. Basedowi frustr. Dyeta mieszana.

Dnia 26. II. kw. ogól. 50
» 27. » » » 57
» 28. » » » 61
» 29. » » » 60
» 1. » » » 55
» 2. » » » 52
» 3. » » » 50
» 4. » » » 49

Chora zażywała antytyreoidynę Moebiusa 3 razy dziennie po 10 kropli od 23. II. do 28. II.

Z badań moich wyciągam dwa następujące wnioski:

1) Układ współczulny podwyższa kwaśność ogólną moczu (przez wzmożenie się procesów dyssymilacyjnych w ustroju).

2) Układ autonomiczny działa przeciwnie, jak poprzedni.

Leo, Masius, Pareński, Prior), w dawkach toksycznych poraża cały n. błędny po poprzedniem, niezawsze wyraźnem jego podrażnieniu.

[18]) Antytyreoidyna Moebiusa, będąca surowicą baranów, pozbawionych gruczołu tarczowego, zawiera w sobie ciała, działające przeciwnie na ustrój, jak tarczyca, która częściowo pobudza n. współczulny (może przez zmniejszony tonus vagi), a częściowo działa drażniąco na niektóre części układu autonomicznego.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d 15. III. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 60.

1) Przewodniczący wita przybyłych gości: szefa sztabu generalnego twierdzy pułkownika Grimma, szefa sanitarnego twierdzy, starszego lekarza sztabowego Dr Otto, starszego lekarza sztabowego, docenta uniwersytetu wiedeńskiego Dr Glasera oraz Dr Szokalskiego z Piotrkowa.

2) Dr Gustaw Paul, dyrektor państwowego zakładu krowiankowego w Wiedniu, wygłasza po niemiecku odczyt: **O nowej eksperymentalnej metodzie rozpoznawania klinicznie wątpliwych przypadków ospy.** Prelegent podnosi znaczenie szczepienia na rogówkę królika materyału, wydobytego z krosty ospowej. Pod wpływem tego szczepienia powstają charakterystyczne zmiany mikroskopowe, na które zwrócił uwagę Guarnieri; jestto pewien rodzaj ciałek w komórkach nabłonkowych rogówki. Jako rzecz, dotychczas nieopisywaną, a przez siebie odkrytą, opisuje i pokazuje prelegent zmiany, widoczne gołem okiem na zaszczepionej rogówce królika, przedstawiające się w postaci charakterystycznych drobnych guzków, spotykanych jedynie po szczepieniu materyału, pochodzącego z ospy prawdziwej, względnie krowianki przeciwospowej. Na zmiany te należy czekać około 48 godzin, a dla ich uwidocznienia należy zanurzyć po wyłuszczeniu gałki ocznej rogówkę w 4% rozczynie alkoholowym sublimatu. (Wykład poparty był pokazami bardzo pięknych przeźroczy, przedstawiających ciałka Guarnieriego, oraz opisane przez prelegenta guzki na rogówce. Przy sposobności pokazał prelegent szereg przeźroczy, ilustrujących objawy skórne ospy, państwowy zakład krowiankowy w Wiedniu oraz jego urządzenia).

W dyskusyi zabierali głos: kol. Kostanecki, opisując działalność kolumn sanitarnych i udział w nich słuchaczów uniwersytetu, kol. Rosenhauch, omawiając zmiany oczne przy szczepieniu przeciwko ospie, oraz kol. Janiszewski, przedstawiając trudności regestrowania wyników szczepienia. Przewodniczący kol. Piltz dziękował w imieniu Towarzystwa lekarskiego Dr Paulowi za wygłoszenie odczytu.

Posiedzenie d. 29. III. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 40.

1) Przewodniczący oznajmił o śmierci b. p. kolegi Ferdynanda Eichhorna, członka Towarzystwa i scharakteryzował jego działalność. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

3) Kol. Hładij przedstawił przypadek **mocznicy, leczonej obłuszczeniem nerek** i wyleczonej w przeciągu dwóch tygodni.

W dyskusyi: a) Kol. Jaworski zapytuje o dno oka oraz podnosi szkodę, że nie można było przypadku tego cystoskopować, gdyż może wystarczyłoby operować jedną nerkę. — b) Kol. Latkowski zwraca uwagę, że przypadek ten sprawia wrażenie moczniey rzucawkowej, dającej stosunkowo dobre rokowanie. Postacie tego rodzaju poprawiają się niekiedy po nakłuciu lędźwiowem. — c) Kol. Glassner omawia wskazania do obłuszczenia nerek, wreszcie d) kol. Hładij udziela wyjaśnień co do swego przypadku.

4) Kol. Latkowski wygłosił wykład: **O osłabieniu mięśnia sercowego pod względem klinicznym.** Ze względu na ważność wczesnego rozpoznania początkowej niedomogi mięśnia sercowego omawia prelegent metody t. zw. funkcyonalnej dyagnostyki serca, między innemi metody Strasburgera, Erlangera i Hookera, Raaba, Recklinghausena, Albrechta i innych. Dalej przedstawia ważność oznaczania wielkości serca dla rozpoznania osłabienia w początkowych okresach i w związku z tem kreśli zasady metody opukowej. Określa potem istotę osłabienia z punktu widzenia dynamicznego, omawia podstawy anatomopatologiczne, niezupełnie je wyjaśniające, wreszcie kliniczne objawy, zwłaszcza postaci początkowych. Przechodzi następnie do rozpatrzenia własnego materyału, składającego się z 1611 przypadków sercowych i na podstawie tegoż dochodzi między innemi do wniosku, że stwardnienie tętnic wieńcowych i tętnicy głównej występuje w znacznej liczbie przypadków osłabienia, a zatem może być uważane za jedną z głównych jego przyczyn i że

osłabienie wskutek zmęczenia jest możliwe, ale stosunkowo dość rzadkie.

Dyskusyę nad wykładem odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1914/15, XLI działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

III. posiedzenie zwyczajne z d. 4. II. 1915.

Przewodniczący A. Jaworowski, sekretarz W. Jasiński; obecnych 7 członków, 1 gość.

1. Odczytano protokoły poprzednich posiedzeń; 4. I. 1915 posiedzenia nie było dla braku kompletu.

2. K. Rogoziński przedstawił chorego, u którego 15. I. 1915 **usunął sterez sposobem Freyera**. 58-letni mężczyzna przybył do szpitala z zupełnem zatrzymaniem moczu. Wykryto w moczu ślad białka, tętno niemiarowe; po założeniu na stałe cewnika tętno wyrównało się, białko znikło. Przy operacyi stwierdzono guz stercza twardy, włókniak; założono na 4 dni syfon Freyera i cewnik; wzniesień ciepłoty nie było, od kilku dni chory oddaje mocz prawidłowo.

3. A. Żebrowski przedstawia chorego **z ropniem mózgu pochodzenia usznego**. Po obnażeniu opony twardej dokonał Ż. u chorego szeregu nakłuć, lecz ropy nie znalazł; stwierdzono ją dopiero przy jednym z opatrunków. Obecnie chory szybko przychodzi do zdrowia.

W dyskusyi a) Rogoziński przytoczył spostrzegany niedawno w szpitalu przypadek **ropnia** mózgu z nagłem zejściem śmiertelnem przed dokonaniem operacyi. — b) Jarnuszkiewicz omówił przypadek, zakończony również nagłem zejściem śmiertelnem w 1½ roku po zadaniu w bójce rany w głowę scyzorykiem. Osobnik ten czuł się zupełnie dobrze i zmarł nagle w więzieniu. Rozbiór zwłok wykazał w płacie czołowym ropień wielkości pomarańczy, w ropniu zaś ostrze scyzoryka, długości kilku centymetrów. Ostrze to tkwiło w mózgu 1½ roku, nie wywołując żadnych zaburzeń przytomności, ani objawów chorobowych.

4. A. Żebrowski, nawiązując do przedstawionego przypadku, odczytał dłuższą pracę: **O ropniach mózgu pochodzenia usznego** (drukowana w Gazecie lekarskiej).

5. A. Żebrowski przedstawił **preparaty anatomiczne kości skroniowej** w 3 różnych przekrojach.

IV. Posiedzenie zwyczajne d. 4. III. 1915.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński. Obecnych 11 członków, 1 gość.

1. W. Jasiński przedstawił 5-letniego chłopca, przyjętego do szpitala dla dzieci w Lublinie z powodu gruźliczego zapalenia stawu biodrowego. J. znalazł u tego chłopca szereg guzów kostnych (ogółem 19), głównie na kończynach górnych i dolnych, również na żebrach i łopatce. Prelegent rozpoznaje **mnogie kostniaki-chrząstniaki** (exostosis cartilaginea multiplex) i w uzupełnieniu pokazu przytacza dane co do częstości występowania, dziedziczności, jednoczesnych zaburzeń wzrostu kości, oraz poglądy na patogenezę kostniaków.

W dyskusyi: a) P. Borsukiewicz przytacza pracę Perrina, który z piśmiennictwa francuskiego zebrał około 30 przypadków i stwierdza rzadkość obrazu klinicznego. — b) A. Jaworowski w ciągu 40 lat praktyki widział jeden podobny przypadek u dorosłego mężczyzny; kostniaki ugrupowane były wzdłuż mięśni, przypadek zakończył się śmiertelnie. — c) S. Dobrucki przypomina sobie przypadek kostniaka na wewnętrznej powierzchni uda. — d) A. Majewski wyraża zdanie, że pojedyncze kostniaki nie należą do rzadkich, mnogie zaś istotnie rzadko dają się spostrzegać. — e) Jasiński i Borsukiewicz przypuszczają, że w przypadku, przytoczonym przez A. Jaworowskiego, były cechy sprawy zapalnej (myositis ossificans), gdy w przedstawionym dzisiaj przez Jasińskiego guzy mają charakter nowotworów.

2. P. Borsukiewicz przedstawia z ambulatoryum szpitala dla dzieci przypadek **zgorzelinowego zapalenia ślinianki przyusznej** (parotitis gangraenosa) w 10 dni po przebytej odrze. B. na zasadzie spostrzeżeń własnych i piśmiennictwa uważa sprawę za nader rzadkie powikłanie odry.

Dyskusya: a) Jasiński i Cynberg przytaczają przypadki zgorzeli, jakie widywali w przebiegu duru brzusznego. — b) A. Majewski uważa sprawę za objaw ogólnego zakażenia. — c) Dziemski przeciwnie uważa, że wszelkie sprawy, połączone z wybitnem wysychaniem w jamie ustnej, mogą dać powikłania w śliniance przyusznej bez objawów ogólnego zakażenia. — d) Dobrucki przyłącza się do poglądu Dziemskiego.

3. S. Dobrucki omawia przypadek **zastarzałego zwichnięcia stawu łokciowego, leczony operacyjnie** według Dollingera: otwarcie stawu, usunięcie skrzepów i zrostów, nastawienie. W omówionym przypadku pozostało po zabiegu bardzo nieznaczne ograniczenie ruchów, gdy przed zabiegiem staw był zupełnie sztywny.

Dyskusya: a) A. Majewski jest zwolennikiem forsownego nastawiania stawów w głębokiem uśpieniu. — b) Dobrucki przeciwnie boi się przerywania więzadeł bocznych i wytworzenia stawu luźnego i wogóle metodę forsownego nastawiania uważa za nieracyonalną.

4. Na bibliotekarza uproszono Dr A. Jaworowskiego; ustępujący kol. Rotkel obiecał w dalszym ciągu dopomagać w pracy bibliotekarzowi.

V. Posiedzenie zwyczajne d. 6. IV. 1915.

Obecnych 13 członków; przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński.

1. Wskutek wiadomości, ogłoszonych w prasie, że na szpital dla zakaźnych wybrany został gmach pobernardyński, położony w środku miasta, w pobliżu kościoła, szkoły i ochrony, rozważano sprawę, czy miejsce to jest odpowiednio wybrane. Po wyczerpującej dyskusyi uznano jednomyślnie za niebezpieczne dla ludności miasta umieszczanie chorych zakaźnych we wspomnianym gmachu i postanowiono tę opinię zakomunikować Magistratowi.

2. Omawiano sprawę lokalu Towarzystwa, rozpatrując propozycyę Muzeum lubelskiego. Załatwienie tej sprawy po dyskusyi przekazano Zarządowi.

VI. Posiedzenie zwyczajne d. 4. V. 1915.

Obecnych 12 członków, 2 gości; przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński.

1. J. Czarnecki przedstawił:

a) chorego, u którego cięciem nadłonowem usunięto **kamień z pęcherza moczowego**; przypadek nastręczał trudności rozpoznawcze, dokładne dane otrzymano dopiero za pomocą wziernikowania (cystoskopia); zabieg był trudny wskutek zrostów z przednią ścianą pęcherza; przebieg pooperacyjny bez powikłań;

b) chorą, która w listopadzie 1914 zapadła na gorączkę połogową z następczem ograniczonem zapaleniem ropnem otrzewnej; ropień otworzył się samorodnie przez pępek, lecz do marca r. b. trwała przetoka; stosowanie ssawki Biera w ciągu 3 tygodni usunęło przetokę.

2. S. Kozłowski (z Ojcowa) przedstawił **słuchawkę dwuuszną** własnego pomysłu. Słuchawka prostej konstrukcyi (muszla drewniana, biała — z boków 2 rurki gumowe) jest lekka, wygodna do noszenia, dźwięków nie potęguje.

Ś. p. Dr Antoni Gabryszewski,

docent prywatny Uniwersytetu lwowskiego.

* 1860 † 1917.

Świetna niegdyś postać ś. p. Antoniego Gabryszewskiego zachodziła już mgłą, jakkolwiek w chwili śmierci ś. p. Gabryszewski zaledwie piątą dziesiątkę lat przeżywał. Trapiony bowiem ciężką i beznadziejną chorobą serca, oddawna już przestał twórczo pracować, a ostatnie lata spędzał daleko poza krajem, w pogoni za słońcem i ciepłem, które jedynie koiły jeszcze jego dolegliwości. Tylko miesiące letnie przeżywał w Iwoniczu, jako lekarz zdrojowy.

Tej nieszczęśliwej okoliczności przypisać należy, że A. Gabryszewski mimo swej niecodziennej kultury i głębokiej inteli-

gencyi nie zajmuje w historyi chirurgii polskiej tego miejsca, jakieby mu się z tytułu jego zalet należało.

Do r. 1894 był asystentem w krakowskiej klinice chirurgicznej, za czasów prof. Rydygiera. Następnie został docentem anatomii w Szkole sztuk pięknych w Krakowie. Wreszcie zaznajomiwszy się dokładnie ze stanem współczesnej ortopedyi za granicą, uzyskał w roku 1898 »veniam legendi« z chirurgii i ortopedyi na Wydziale lekarskim Uniwersytetu we Lwowie.

Do ortopedyi był już oddawna przygotowany. Jeszcze bowiem z kliniki chirurgicznej w Krakowie pisał o gruźlicy stawów i o artropatyi u chorych na wiąd i jamistość rdzenia. Z kliniki krakowskiej pochodzi także praca o znieczulaniu przez kokainizowanie pni nerwowych. Te pierwiastkowe, na nerwie łokciowym wykonywane próby, rozwinęły się dziś w przeróżne formy tyle cenionego znieczulania obszarowego. A nikt dziś nie wie, najmniej zaś chirurdzy polscy, że właśnie A. Gabryszewski kładł kamień węgielny pod ten gmach. Z tego okresu jego życia pochodzi w końcu monograficznie opracowana rozprawa o tłuszczakach powrózka nasiennego.

Z prac późniejszych najbardziej znanym jest wykład o operacyach upiększających. Ogłoszony także po francusku, naraził autora na pokusy, którym tylko kompromisów nie znająca etyka lekarza-Polaka skutecznie opierać się mogła. Jedną z ostatnich prac A. Gabryszewskiego była rzecz o wstrzykiwaniu do kanału krzyżowego środków leczniczych sposobem Cathlina.

Ś. p. Antoni Gabryszewski był subtelnym i kosztownym mechanizmem, który wrogie fatum za wcześnie popsuło!

Herman.

Listy do Redakcyi.

W dyskusyi nad odczytem Dr Latkowskiego: »Osłabienie mięśnia sercowego pod względem klinicznym« (Przegl. lek. Nr 9, 1917, str. 75 i 76) spotykam się z poglądem, którego pominąć milczeniem nie mogę.

Dr Michałowicz, wyliczając rozmaite objawy, spotykane przez siebie u chorych sercowych, mówi: »Oglądanie daje nieraz w badaniu chorób sercowych lepsze wyniki, niż osłuchiwanie«. Wreszcie kończy: »Zatrudniony przy wojsku lekarz nie może polegać na wywiadzie, musi więc w braku innych danych opierać się na oglądaniu (metoda inspekcyjna) i kierować się przedewszystkiem swym zmysłem klinicznym«. Dr Latkowski zgadza się z Dr Michałowiczem, że zmysł kliniczny najwięcej znaczy.

To uznawanie »zmysłu klinicznego«, jako metody rozpoznawczej, jest zaprzeczeniem potrzeby wykształcenia klinicznego, na którem lekarz oparty, przy pomocy jedynie metod klinicznych, dochodzi do rozpoznania. Dawniejsi lekarze łączyli »zmysł kliniczny« z zupełnie określonym zmysłem powonienia. Posługiwanie się »zmysłem klinicznym« może unieść lekarza do rozpoznania »zapalenia płuc i oskrzeli« i nawet to rozpoznanie zrobić podstawą wykładu klinicznego, gdy zastosowanie metod klinicznych wykazuje wysięk opłucny. »Zmysł kliniczny« każe lekarzowi widzieć zapalenie włóknikowe płuc bez żadnych objawów klinicznych. Należy się spodziewać, że te poglądy będą odosobnione.

Prof. Dr L. Popielski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 14. III. b. r. posiedzenie, na którem Dr Scharf i prof. Majewski przedstawili chorych, poczem odbył się wykład prof. Majewskiego o nystagmografii. W dyskusyi nad demonstracyami przemawiali Dr Birnbaum, prof. Majewski, prof. Piltz, Dr Scharf, Dr Schwarzbart.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 21. marca w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Znakomity historyk, prof. Dr Tokarz, wygłosi, jako zaproszony gość, wykład o służbie sanitarnej w armii polskiej w r. 1830/31.

— Wydział lekarski habilitował z zakresu medycyny wewnętrznej Dr Jana Nowaczyńskiego i Dr Karola Mayera.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Zygmunt Stanisław Żołędziowski rodem z Będzina w Królestwie polskiem.

— W pierwszej połowie kwietnia r. b. odbędzie się w Wiedniu bezpłatny 14-dniowy kurs dla lekarzy o sposobie prowadzenia opiek (dyspensatoryów) dla chorych na gruźlicę. Kurs będzie przedewszystkiem praktyczny. Zamiejscowi uczestnicy kursu mogą otrzymać w wypadkach godnych uwzględnienia zasiłek na koszta podróży w kwocie nieprzekraczającej 350 koron. Pragnący uczestniczyć w kursie powinni się zgłosić niezwłocznie telegraficznie do Departamentu sanitarnego c. k. Namiestnictwa w Białej, a oprócz tego pisemnie wymienić swoje kwalifikacye i oświadczyć, czy reflektują na zasiłek na koszta podróży.

— Krajowy Związek lekarzy rozesłał odezwę do członków swej Kasy pogrzebowej, prosząc o nadesłanie wkładek, należnych z powodu śmierci 22 kolegów w latach wojennych, oraz o podanie adresów 55 kolegów, którzy przez ten czas zmienili miejsce pobytu. Kasa liczy obecnie 279 członków, a doraźna pomoc dla wdów po zmarłych kolegach wynosi 558 kor. Kwota to skromna, to też konieczną jest rzeczą zwiększenie liczby członków kasy; powinien do niej należeć każdy, komu nie jest obojętny los wdów i sierot po kolegach, a koledzy, już do kasy należący, niewątpliwie pospieszą z opłatą, stanowiącą jedyną nieraz pomoc w najcięższych chwilach dla osieroconych rodzin lekarskich.

Warszawa. W Towarzystwie medycyny społecznej odbył się 1. III. 1917 wykład Dr Emila Bobrowskiego: O organizacyi pomocy lekarskiej w wojsku polskiem.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 21. marca** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym wykład prof. U. J. Dr Tokarza: Służba sanitarna w wojsku polskiem w r. 1830/31. — Goście mile widziani.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Józefa Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 24. marca 1917. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przyczynek kazuistyczny do wagotonii z osobliwie charakterystycznym objawem Aschnera

podał

Dr Roman Glassner.

Przypadek, który opiszę, należy pod względem objawowym do obrazu chorobowego, który Eppinger i Hess szczegółowo opisali i nazwali wagotonią. Z góry pragnę zaznaczyć, że nie przesądzam, czy wagotonia jest rzeczywiście odgraniczoną jednostką chorobową, wysnutą z ogólnego obrazu wzmożonej pobudliwości i czynności nerwowej, czy też jest następstwem dysfunkcyi pewnych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, oddziałującej na układ wegetatywny. Zagadnienie to, jako ściśle teoretyczne, zostawiam na uboczu. Faktem jednak już dzisiaj niezaprzeczonym jest, że istnieje wzajemne oddziaływanie gruczołów wewnętrznego wydzielania na układ wegetatywny i odwrotnie. Badania Ehrmana i doświadczenia z praktyki lekarskiej najzupełniej stwierdzają, że adrenalina jest środkiem pobudzającym i drażniącym układ współczulny. Czy istnieje analogiczny hormon dla układu autonomicznego, dotychczas nie stwierdzono; na podstawie atoli tego, że istnieją środki, jak pilokarpina i fizostygmina, które wyłącznie działają na układ autonomiczny, należy się spodziewać, że i w ustroju krąży analogiczny hormon.

Aby objąć całkowity obraz wagotonii, należy choćby w zarysie przypomnieć, które narządy podlegają wpływom układu nerwu błędnego: 1) Gałązka nerwu okoruchowego, która zaopatruje ciałko rzęskowe, źrenicę, a najprawdopodobniej i dźwigacza powieki. 2) W strunie bębenkowej przebiega gałązka, która zaopatruje ślinianki. 3) Z narządów wewnętrznych podlegają wpływom nerwu błędnego serce, płuca i przewód pokarmowy. 4) Dolne odcinki jelita końcowego, pęcherz i narządy płciowe otrzymują swe podniety nerwowe od własnego nerwu miednicznego. Stwierdzono również oddziaływanie układu autonomicznego na obraz krwi i przemianę materyi.

Wagotropiczne trucizny, jak pilokarpina, wywołują eozynofilię, którą znosi atropina i adrenalina; również stwierdzoną jest rzeczą, że pilokarpina znosi cukromocz, wywołany zapomocą adrenaliny.

Mając w pamięci, które narządy wewnętrzne podlegają wpływom układu autonomicznego, pojmiemy, jak bardzo różnorodny i obszerny jest obraz kliniczny wagotonii. Najróżnorodniejsze zaburzenia układu krążenia, przewodu pokarmowego i oddechowego mogą być następstwem chorobliwie wzmożonego napięcia układu autonomicznego. Rozumie się samo przez się, że nie wszystkie narządy muszą przy wagotonii okazywać zaburzenia czynnościowe; raczej regułą jest, że na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia jednego tylko narządu, a za wagotonią przemawiają z jednej strony znamiona wagotoniczne, a z drugiej ustąpienie objawów pod wpływem trucizn, porażających układ autonomiczny.

Eppinger i Hess podają cały szereg cech ogólnych, charakteryzujących osoby, u których można stwierdzić wagotonię ogólną, czy miejscową. U ludzi z usposobieniem wagotonicznem można wywołać bardzo silne objawy i przypadłości wagotoniczne przez wstrzyknięcie trucizny wagotropicznej. Są oni wobec tych trucizn nadwrażliwi. Historya choroby naszego przypadku przedstawia się w krótkości następująco.

J. R. lat 22. Dziedzicznie nie obciążony. Jako dziecko przechodził płonicę; poza tem nigdy nie chorował. Przebył całą kampanię karpacką, z końcem czerwca zachorował, rzekomo na czerwonkę. Dopiero w okresie wyzdrawiania wystąpiły po raz pierwszy objawy obecnej choroby w postaci napadowych, gwałtownych kurczów w okolicy żołądka, wśród obfitych potów, niekiedy rozwolnienie, a czasem znowu zaparcie stolca ze stolcami tasiemkowatymi. Napady bólów były nadzwyczaj silne i często wymagały interwencyi lekarskiej.

Badanie przedmiotowe stwierdza, co następuje: Chory sprawia wrażenie chorego na chorobę Basedowa (patrz fig. 1), oczy

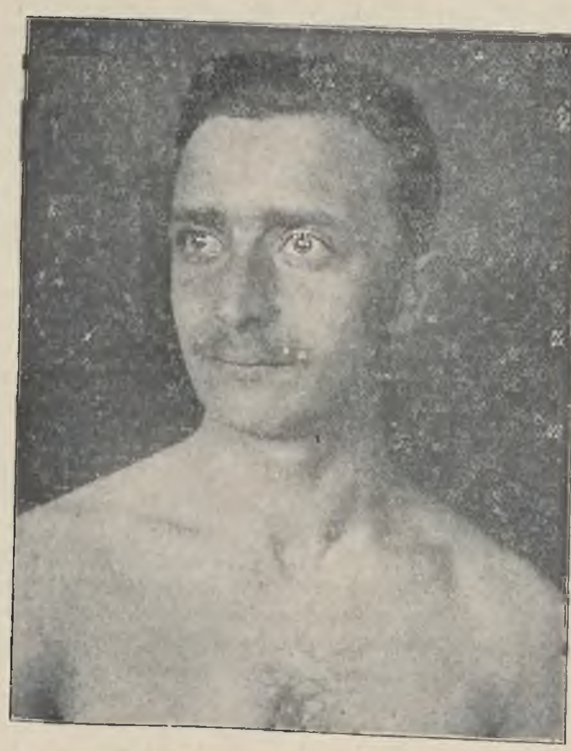


Fig. 1.

duże, błyszczące i niejako wysadzone, przyczem objaw Moebiusa, Graefego i Stellwaga ujemny. Migdałki duże, odruch gardłowy znacznie osłabiony (znamię wagotoniczne). Serce w gra-

nicach prawidłowych, tony serca czyste. Akcya serca przeważnie wolna; tętno dochodzi najwyżej do 60 uderzeń na minutę; ciśnienie krwi waha się między 85 a 90 Hg. Badanie fizyczne jamy brzusznej ujemne. Odruchy ścięgienne wzmożone, dermografia wyraźna. Przy ucisku na gałkę oczną następuje nietylko znaczne zwolnienie tętna, ale wprost kilkusekundowa przerwa czynności serca, przyczem chory doznaje uczucia silnego zawrotu, a nawet omdlenia.

To znaczne zwolnienie tętna, wywołane uciskiem na gałkę oczną, jest nader charakterystyczne dla usposobienia wagotonicznego; po raz pierwszy na ten objaw zwrócił uwagę Aschner w roku 1908 w »Wiener klin. Wochenschrift«.

Na zdjęciu sfigmograficznem tętna u tego chorego (patrz fig. 2) widać to zwolnienie bardzo wyraźnie.



Fig. 2.

Główne przypadłości dotyczą przewodu pokarmowego. Napady nadzwyczajnie silnych bolów pochodzą od skurczu odźwiernika. Podczas napadu stwierdziłem silny opór w okolicy żołądka; przyłożywszy rękę, wyczuwa się niejako stawianie się żołądka; są to ruchy antyperystaltyczne, które Holzknecht w podobnych przypadkach stwierdził rentgenologicznie. Chory wśród tego obficie się poci, a zarazem i z jamy ustnej obficie wypływa ślina. Badanie mechanizmu i chemizmu żołądkowego stwierdza wzmożoną kwaśność ogólną, jakoteż i wolny kwas solny. Zalegania treści żołądkowej niema, czas trawienia prawidłowy. Bóle nie pozostają w żadnym związku z okresem trawienia i występują o różnych porach dnia i nocy.

Jedynym środkiem, który nadzwyczaj szybko usuwał napady bolów, była atropina. Chory przez długi czas zażywał atropinę i był wolny od przypadłości; ilekroć na kilka dni atropinę odstawiono, znowu bóle występowały.

Badanie krwi, a właściwie wzajemnego stosunku ciałek białych w czasie wolnym od napadów daje następujący wynik: neutrofilne 58%, małe limfocyty 34%, duże limfocyty 3%, ciałka przejściowe 5%, eozynofilne 0%. Brak zatem ciałek eozynofilnych, charakterystycznych dla wagotonii, ale podawszy pilokarpinę, nietylko wywołałem gwałtowny napad bolów żołądka, ale i we krwi stwierdziłem 2% ciałek eozynofilnych. To wywołanie bolów i eozynofilii przez podanie pilokarpiny jest jednem z najpewniejszych znamion wagotonii. Zwracam również uwagę na pewien stopień limfocytozy (34%), którą spotykamy tak u wagotoników, jak i u sympatykotoników, na co w »Med. Klinik« Curschman wskazuje.

Jeżeli rozważymy nasz przypadek, to otrzymamy klasyczny obraz wagotonii.

Należy przypomnieć, że u wagotoników objawy wagotoniczne nie stale imają się jednego narządu; stąd pochodzi, że jednostki takie w różnych czasach odchodzą od lekarza z rozpoznaniami najróżnorodniejszych nerwic (serca, żołądka, jelit). Gdybyśmy u naszego chorego jego przypadłości i objawy ze strony poszczególnych narządów w różnych odstępach czasu osobno oceniali, z pewnością rozpoznawalibyśmy nerwicę. I tak objawy ze strony serca, zwolnione tętno i nizkie ciśnienie krwi, jako t. zw. »bradycardia hypotonica«; napady kurczów żołądka przy wzmożonej kwaśności, jako nerwicę wydzielniczoruchową żołądka; wreszcie owe tasiemkowate stolce z częstem parciem i wzdęciem, jako t. zw. »colitis spastica«, która również do nerwic zaliczana bywa.

Jakkolwiek i wagotonia jest uważana dotychczas za nerwicę i istota jej nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona, to jednak swojem określeniem tłumaczy nam cały szereg nieraz dość skomplikowanych zaburzeń w różnych narządach, które dotychczas oznaczaliśmy jako odrębne jednostki.

Dla charakterystyki czasu, w którym żyjemy i wydarzeń, które przeżywamy, wspomnę, że w literaturze lekarsko-wojennej ukazała się praca Dziembowskiego p. t. Wagotonia jako cierpienie wojenne.

Z Zakładu medycyny sądowej w Krakowie.
Dyrektor Prof. Dr L. Wachholz.

Uwagi o śmierci z oparzenia

podał
Józef Kucharski.

Wśród sekcyi, dokonanych w Zakładzie w ciągu ubiegłego dwulecia wojny, uderza już na pierwszy rzut oka wielka częstość śmierci z oparzenia. I tak, gdy w poprzedniem dwuleciu od 1. sierpnia 1912 do 31. lipca 1914 r. przypadło na 459 sekcyi 27 przypadków śmierci z oparzenia, t. j. 5·9% ogółu sekcyi, to w dwuleciu wojny na 291 sekcyi było 24 przypadków śmierci z oparzenia, czyli 8·2%. Uwzględniając wiek sekcyonowanych ofiar oparzenia, przypada w ciągu dwulecia przed wojną 11 przypadków, czyli 9·4%, na dzieci do ukończonego 12 r. ż., 16 zaś czyli 4·9% na osoby starsze; w ciągu dwulecia wojny liczba przypadków śmierci z oparzenia u dzieci wynosi 18, czyli 23·3%, ilość zaś przypadków śmierci z oparzenia u osób starszych wynosi zaledwie 6, czyli 2·8%. Uderza tu zatem przeszło dwukrotny wzrost liczby przypadków śmierci u dzieci w ciągu dwulecia wojny i spadek znaczny, bo niemal 50% wynoszący, liczby przypadków śmierci z oparzenia u osób starszych, w porównaniu z procentowym stosunkiem oparzeń tych w dwuleciu, poprzedzającem wojnę. Przypadki śmierci z oparzenia z dwulecia przed wojną tyczą się 8 mężczyzn i 8 kobiet, i to w wieku powyżej ukończonego 12 r. ż. Oparzenia te wydarzyły się wśród zawodowego zajęcia, wskutek nieostrożności. W dwuleciu wojny przypada z ogólnej liczby 6 osób dorosłych, które uległy śmierci z oparzenia, 5 na kobiety, z tych 4 na kobiety podeszłego, względnie starczego wieku, wynoszącego 50, 70, 70, 70 l. ż. Jeżeli uwzględnimy powyższe dane statystyczne, to dojdziemy łatwo do wniosku, iż przyczyną tego znacznego wzrostu liczby przypadków oparzenia dzieci do 12 r. ż. i nieporadnych, podeszłych wiekiem kobiet w ciągu dwulecia wojny stał się brak należytej opieki nad temi osobami, zwłaszcza zaś nad dziećmi, pozostawionemi w pewnych porach dnia bez nadzoru osób dorosłych, a przedewszystkiem matek.

Przy tej sposobności pragnę zwrócić uwagę na pewne zmiany w narządach wewnętrznych, którym w czasach ostatnich przypisuje Kolisko[1]) wpływ zasadniczy na zejście śmiertelne. Jak wiadomo, następuje w przypadkach oparzenia śmierć albo wcześnie, t. j. w ciągu pierwszej doby, albo późno, t. j. w czasie dłuższym niż pierwsza doba, licząc od chwili oparzenia. Jeżeli śmierć następuje niemal bezpośrednio po oparzeniu, to przypisujemy przyczynę jej wstrząsowi, wynikłemu z zadrażnienia przez wpływ termiczny skórnych nerwów czuciowych. Przypadki, zakończone śmiercią po upływie kilku godzin od doznanego oparzenia tłómaczą autorzy jeszcze spóźnionym wstrząsem (shock rellenti), natomiast śmierć, zachodząca po upływie dłuższego już czasu, lecz w każdym razie w ciągu jeszcze pierwszej doby, jako też śmierć, nastająca w ciągu pierwszych kilku dni od oparzenia, była przedmiotem licznych badań, które w czasach ostatnich, między innemi przeprowadzone przez

[1]) Über Befunde an den Nebennieren bei Verbrennungstod (Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1914. t. 47.

prof. Reissa, dochodziły do wniosku, iż wchodzi tu w grę czynnik trujący, jako przyczyna właściwa śmierci.

Badania Reissa. H. Pfeiffera, Heydego i Vogta zajmowały się wykryciem właściwego czynnika toksycznego. Tymczasem Kolisko zwracał w ciągu szeregu lat baczną uwagę przy sekcyi zwłok osób oparzonych na zachowanie się gruczołów bez przewodów. w szczególności zaś na nadnercza. Przekonał się on, że w przypadkach śmierci z oparzenia, która nastąpiła co najmniej po upływie kilkunastu godzin, okazują nadnercza zmiany, bądźto odrazu gołem okiem dostrzegalne, bądź też dające się stwierdzić badaniem mikroskopowem i mikrochemicznem. Zmiany te spostrzegał Kolisko bądź w jednem, bądź w obu nadnerczach, a polegały one najczęściej na silnem przekrwieniu kory nadnerczy, przedstawiającej szaroczerwone zabarwienie, w miejsce prawidłowego siarkowożółtego zabarwienia. W najwybitniejszych przypadkach stwierdzał Kolisko wybroczyny, jakby nadzianki krwawe wśród kory i substancyi rdzeniowej nadnerczy. Poza tem stwierdzał on większy lub mniejszy zanik substancyi tłuszczowatych (lipoidalnych), którym, jak wiadomo, przypisują nowoczesne badania wpływ wiązania jadów. nawiedzających ustrój, a więc ich zobojętnianie. Takie same zmiany zauważano w nadnerczach po wstrzyknięciu toksyny błoniczej.

Kolisko dochodzi na podstawie tych swoich spostrzeżeń do następującego tłómaczenia przyczyny śmierci z oparzenia, występującej po upływie kilkunastu godzin, względnie kilku pierwszych dni po oparzeniu. Przy oparzeniu powstaje, zdaniem jego, dotąd jeszcze bliżej niezbadany jad, tworzący się, być może, we krwi zmienionej pod wpływem wysokiej ciepłoty. Ten jad podrażnia nadnercza, mianowicie ich korę do wzmożonej czynności związania go i unieszkodliwienia. Wzmożona czynność nadnerczy uwidocznia się ich przekrwieniem, które może być tak silne, że wywołuje pękanie naczyń i wybroczyny wśród miąższu nadnerczy. Tak więc, zdaniem Koliski, nie sam jad jest przyczyną śmierci w tych przypadkach oparzenia, jak to sądzili poprzednio wymienieni badacze, lecz dopiero ustanie czynności nadnerczy, zmienionych pod wpływem tego jadu.

Podobne zmiany w nadnerczach, t. j. krwotoki wśród ich miąższu, spotykano już wedle Biedla [2]) u osób zmarłych wskutek chorób zakaźnych, skazy krwotocznej, toż samo po urazach lub przy zakrzepach żył nadnerczy. Wedle Koliski [3]) wszelkie krwotoki, nadwerężające miąższ nadnerczy, stanowią dostateczne wyjaśnienie przyczyny nagłej śmierci. Powołuje się on na Simmondsa, który u noworodków i osesków niejednokrotnie stwierdzał krwotoki nadnerczy jako przyczynę nagłej ich śmierci. Przedewszystkiem bardzo często stwierdzano te zmiany u noworodków, urodzonych w stanie omdlenia i przypisywano dlatego ich powstanie trudnemu porodowi, wymagającemu mechanicznych zabiegów. Jednakże spotykano te zmiany także na zwłokach noworodków, których poród odbył się siłami natury. Zmiany te krwotoczne w miąższu obu nadnerczy stwierdzono w tutejszym Zakładzie w przypadku popełnionej zbrodni dzieciobójstwa przez zadławienie noworodka. Ponieważ w przypadku dzieciobójstwa wszelkie zabiegi mechaniczne nie wchodzą w rachubę, gdyż poród jako tajny bywa szybki i łatwy. zatem przypadek ten dowodzi również, iż inna musi w tych razach zachodzić przyczyna powstawania krwawień w narządach noworodków. Być może, że jest nią silne przekrwienie, jakie wśród duszenia powstaje w narządach wewnętrznych.

Z ogólnej liczby 24 przypadków śmierci z oparzenia, poddanych w Zakładzie sekcyi w ciągu dwulecia wojny, nastąpiła śmierć w ciągu pierwszej doby w 14 przypadkach, w reszcie przypadków zaś po upływie czasu dłuższego. W 9 przypadkach była niemal cała powierzchnia ciała oparzona, w 6 przypadkach niemal połowa, w 9 — conajmniej $1/3$; w 5 przypadkach oparzenie było drugiego stopnia, w 19 drugiego i trzeciego stopnia. Wśród tych 24 przypadków stwierdzono tylko w dwóch rozległe zawały krwawe w nadnerczach u dwojga dzieci, zmarłych po upływie doby od czasu oparzenia. Zmiany te były tak znaczne, że uwidoczniały się już w chwili odsłonięcia nadnerczy. W reszcie przypadków, w których nadnercza nie uderzały zewnętrznem swem wejrzeniem »in situ«, bliżej ich nie badano.

Krwotoczne ogniska w dwóch wspomnianych przypadkach nie ograniczały się do samej kory, lecz zajmowały znaczną część substancyi rdzeniowej, która, jak to wynika z badań nad nadnerczem, wydziela niezbędnie dla życia potrzebną adrenalinę. Otóż, opierając się na obecności tych ognisk krwotocznych w substancyi rdzeniowej nadnerczy, należałoby tłómaczenie Koliski uzupełnić tem, że nie wyłącznie zmiana w samej korze nadnerczy, lecz także i to przedewszystkiem, zmiana w ich substancyi rdzeniowej wiedzie w tych przypadkach do śmierci; albowiem zmiany krwotoczne w substancyi rdzeniowej nadnerczy znoszą lub zmniejszają wydzielanie adrenaliny, podnoszącej ciśnienie krwi. Ten brak adrenaliny musi wywoływać spadek ciśnienia krwi, tem samem niedomogę serca, a wiadomo, że śmierć w przypadkach oparzenia następuje wśród objawów wybitnej niedomogi serca i zapadu.

[2]) Innere Sekretion. Berlin-Wien 1913. T. I, str. 393.

[3]) Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache. (Dietrich: Handb. d. Ärtz-Sachverst.-tätigkeit. Wien-Leipzig 1913, str. 1354).

Praca fizyczna, jako czynnik leczniczy w uzdrowiskach dla gruźliczych na zachodzie.

Podał

Dr Ant. Kuczewski z Zakopanego.

Zarys historyczny.

W kraju, gdzie nauki społeczne i śród nich higiena społeczna najwcześniej i najbujniej się rozwinęły i znalazły w życiu szerokie zastosowanie, w Anglii, najpierwej w umyśle Dr Georgea Bodingtona powstała myśl walki z gruźlicą śród niższych warstw ludności za pomocą powietrznodyetetycznego leczenia suchot płucnych w zamkniętych, specyalnie do tego celu przystosowanych zakładach (21).

Obok i równorzędnie ze świeżem powietrzem i odpowiedniem odżywianiem wysuwa się tu już w r. 1840 trzeci czynnik leczniczy, — ruch w postaci stopniowo wzrastającej przechadzki — »walking gradually increasing« (9). Ozdrowieńcom nadto zaleca Bodington pracę w ogrodzie i polu — »gardening and farming occupations for convalescent« (9).

Herman Brehmer w Niemczech 14 lat później, według wszelkiego prawdopodobieństwa niezależnie od angielskiego swego poprzednika (21), wprowadza i propaguje tę samą ideę. Śród uderzającego podobieństwa głoszonych przez obu apostołów nowych zasad leczenia pierwiastek ruchu zajmuje poczestne miejsce. Różnica między nimi dotyczy tylko ilościowej strony sprawy. Brehmer bowiem ogranicza się tylko do stopniowo dawkowanej przechadzki, natomiast Bodington wyraźnie zaleca, jak widzieliśmy, pracę fizyczną w ścisłem tego słowa znaczeniu. Uczeń Brehmera, P. Dettweiler, sprzeniewierza się poniekąd zasadom mistrza i upośledzając w swym systemie leczenia ruch, na miejsce jego wysuwa znaną »Liegekur« (21). Pod przemożnym wpływem Dettweilera ta metoda zapanowuje prawie niepodzielnie w uzdrowiskach dla gruźliczych w Niemczech i za ich przykładem na całym kontynencie Europy.

Tylko Dr O. Walther nie daje się porwać temu nowemu prądowi i wierny nauce Brehmera w dalszym ciągu stosuje w swem sanatoryum w Nordrach-Kolonie, założonem w r. 1889 (21), ruch, jako pierwszorzędny czynnik leczniczy. Co do wysokości dawki tego środka przekracza on wszakże granice, przez nauczyciela zakreślone. Według twierdzenia M. S. Patersona (4)

chorzy w Nordrach-Kolonie w końcu leczenia mieli robić po 20 mil angielskich [1]) na dzień.

Oprócz Walthera Dr F. Wolff podnosi w r. 1892 myśl wprowadzenia pracy fizycznej do kolonii wiejskich, jakie proponuje zakładać w Niemczech dla suchotników, ale bezskutecznie. Odtąd idea leczenia pracą fizyczną chorych na gruźlicę w ojczyźnie Brehmera, zwłaszcza po zwinięciu uzdrowiska w Nordrach, na długo przygasa.

Odwrotnie, w Anglii z powstaniem tam ruchu sanatoryalnego na większą skalę, zasada, zapożyczona na razie od Walthera, przyjmuje się głęboko i szeroko. Trafiwszy na podatną glebę zamiłowania angielskiego narodu do ćwiczeń fizycznych na otwartem powietrzu, tak tutaj rozrosła się i spotężniała, że odbiegła daleko od wzoru i źródła, skąd powstała. Gdy teraz porównać leczenie pracą fizyczną, szeroko i systematycznie stosowane w W. Brytanii według zasad M. S. Patersona i R. Philipa, to widzi się w niem raczej zmartwychwstałego ducha Bodingtona, zalecającego, jak widzieliśmy, obok przechadzek pracę w ogrodzie i polu, niż przykład, zaczerpnięty z południa Niemiec, uwzględniający wyłącznie przechadzkę.

Poza W. Brytanią w Danii, choć w nierównie mniejszym stopniu, zrozumiano lecznicze znaczenie pracy fizycznej. Prof. Chr. Saugman, uczeń Brehmera i Walthera, był twórcą pierwszego w Danii uzdrowiska dla gruźliczych, noszącego nazwę Vejlefjord, założonego w r. 1900. Tu odrazu wprowadzono ruch, w postaci przechadzek stopniowo dawkowanych po ścieżkach, jak w Görbersdorfie, o łagodnem wzniesieniu się i spadzie. W ludowych sanatoryach tego kraju posunięto się dalej i uwzględniono pracę fizyczną w szerszym zakresie. Pod względem systematyczności w stosowaniu tego czynnika leczniczego duńskie uzdrowiska ustępują znacznie wszakże wielkobrytyjskim. Nawet w Nakkeböle Fjord Sanatorium, gdzie w marcu r. 1914 szczegółowo badałem tę sprawę, wytrawny jego kierownik, Dr O. Helms, mimo ośmioletniej swej pracy w wymienionym kierunku (12) nie zdołał doprowadzić tego sposobu leczenia do takiego wydoskonalenia, na jakiem stoi »graduated labour« w Anglii z Walią i Szkocyi.

W Niemczech sprawa pracy fizycznej, jako czynnika leczniczego w uzdrowiskach dla gruźliczych, szerzej zaczęła zajmować ogół lekarski od czasu II Zjazdu niemieckich »Tuberkuloseärzte« w r. 1904. Między nimi nie brakuje zwolenników tego sposobu leczenia, że wymienię Wolffa, Liebego, Weickera, Schrödera, Breckego i Koperta, ale większość hołduje bezwzględnie Dettweilerowskiej »Liegekur«. Tam, gdzie nawet stosują pracę fizyczną, pozostaje ona w większości przypadków tylko dodatkiem do zasadniczego leczenia leżeniem.

O Szwajcaryi, zwłaszcza mówiącej po niemiecku, w tym względzie da się tylko to powiedzieć, że jej uzdrowiska ludowe, jak we wszystkiem innem, tak w tem również niedaleko odbiegły od wzorów, czerpanych od potężnego sąsiada. Przekonałem się o tem naocznie w czasie zwiedzania instytucyi przeciwgruźliczych tego kraju w czerwcu i lipcu r. 1913. Na usprawiedliwienie wszakże niemieckich lekarzy należy zaznaczyć, że mimo najlepszych chęci i wiedzy nie mogą nieraz stosować pracy fizycznej w kierowanych przez siebie uzdrowiskach, a to ze względów postronnych, nic z leczeniem wspólnego nie mających, o czem będzie mowa niżej.

Praca dawkowana w Wielkiej Brytanii.

Przed 30 laty powstaje z zapoczątkowania i pod kierunkiem Dr Roberta Wiliama Philipa w Edynburgu pierwsza na kuli ziemskiej opieka-przychodnia (22).

Twórca pierwszej tego rodzaju instytucyi przeciwgruźliczej pierwszy też po Bodingtonie zaczął tu stosować między innemi ćwiczenia fizyczne dawkowane i gimnastykę oddechową śród przychodzących chorych. »Pacyenci, mówi sam Philip (1), używali przechadzek, czasem dość długich, w ciągu wyznaczonego czasu. Tu zwracano wielką uwagę na ćwiczenia w prostem trzymaniu się i prawidłowem oddychaniu. Szczególniej młodzież pouczano o wielkiem znaczeniu prawidłowej budowy klatki piersiowej. Nadto kładziono nacisk na oddychanie nosem i powolne, ale pełne ruchy przepony brzusznej. Przechadzki zalecano, stopniowo dawkując tak, jak to czynimy z lekarstwami«.

Działo się to w r. 1887, gdy nie istniało jeszcze żadne uzdrowisko dla gruźliczych w całej W. Brytanii, gdy nie mogło być mowy o żadnym wpływie postronnym na Philipa, bo o Bodingtonie nawet w jego własnej ojczyźnie zdołano gruntownie zapomnieć, uzdrowisko zaś O. Walthera powstało 2 lata później.

»Wyniki takiego postępowania były nader zadowalające«, — wywodzi dalej Philip. »Ta próba wywołała cały przewrót w moich poglądach na leczenie gruźlicy« kończy on swoje wynurzenia. Następstwem dalszem było założenie po upływie siedmiu lat pierwszego ludowego uzdrowiska dla gruźliczych w W. Brytanii pod Edynburgiem pod nazwą Victoria Hospital i w r. 1910 kolonii wiejskiej w Polton, w których jako jedna z głównych podstaw leczenia została wprowadzona stopniowo dawkowana praca fizyczna (22).

W r. 1904 Dr M. S. Paterson, rozszerzywszy nieco zakres omawianego czynnika, wprowadza go do sanatoryum Frimley, założonego przez londyński Brompton Hospital. O leczeniu tem wygłasza on obszerny referat na VI Zjeździe przeciwgruźliczym w Waszyngtonie w r. 1908, gdzie na ten temat przeprowadzono wyczerpującą dyskusyę. Pomijając samego referenta i Philipa, oświadczyły się stanowczo za tym sposobem leczenia takie powagi, jak Th. Wiliams, Pottenger i nawet Pannwitz (8).

Badając w lecie i jesieni r. 1913 uzdrowiska dla gruźliczych w W. Brytanii, zwróciłem szczególną uwagę na ten mało jeszcze znany czynnik leczenia gruźlicy płuc.

Według moich spostrzeżeń i wymienionych niżej źródeł leczenie ćwiczeniami i pracą fizyczną przedstawia się w W. Brytanii w następujący sposób.

Główną zasadą jego stosowania jest ścisłe indywidualizowanie i, co za tem idzie, stopniowanie w dawkowaniu, niekiedy nader subtelne. Nadto w całem Zjednoczonem Królestwie, gdzie prawie we wszystkich przeze mnie zbadanych sanatoryach, tak ludowych, jak prywatnych, co szczególnie podkreślam, wprowadzono w mniejszym lub większym zakresie ten sposób leczenia, we wszystkich, powtarzam, zakładach tego rodzaju chorzy są odpowiednio i skrupulatnie dobierani. Odbywa się to tem łatwiej, że uzdrowisko ludowe stanowi w W. Brytanii zwykle tylko jedno z ogniw (22) w całej koordynacyi innych równorzędnych z niem środków walki z gruźlicą. Chorzy przeto, zanim trafią do sanatoryum, są przesiewani najpierwej w opiece-przychodni, a następnie w szpitalu, skąd dopiero po przeprowadzonej ścisłej obserwacyi i badaniu bywają przenoszeni do uzdrowiska. Ale i tutaj nie odrazu są poddawani leczeniu pracą fizyczną. Każdy chory, dla wypróbowania jego sił i stanu zdrowia, musi przez jakiś czas, średnio przez tydzień, pozostać w bezwzględnym spokoju, t. j. w łóżku. Gdy ciepłota nie podnosi się wyżej 99° F. według jednych, albo 98·8° F. według innych (4 i 24) [2]) u mężczyzn, u kobiet zaś 99·6° F., gdy tętno nie przekracza 95 uderzeń na minutę, gdy oddychanie odbywa się swobodnie, gdy przeto można wnosić, że choroba pozostaje nieczynną, a stan sił jest zadowalniający, wówczas zaleca się choremu umiarkowany ruch. Dalszem przeciwwskazaniem jest skłonność do krwiopłucia.

Żadnego zaś prawie znaczenia nie ma ilościowa strona sprawy chorobowej; nawet III okres według podziału Turbana nie stanowi przeciwwskazania. Rozstrzygają tu względy nie anatomiczne, ale fizyologicznej sprawności ustroju.

Jeżeli chory, poddany próbie leżenia w łóżku, mimo to ma którykolwiek z wyliczonych objawów, to musi zachować w dalszym ciągu bezwzględny spokój, póki choroba nie przestanie być czynną. W przypadku przeciwnym odbywa się stopniowe wypuszczanie chorego z łóżka na coraz dłuższy przeciąg czasu. Z początku wolno mu zejść tylko do obiadu. Jeżeli to nie wpłynie ujemnie na przebieg choroby, czas leżenia w miarę próby coraz bardziej się zmniejsza i nareszcie pozwala się choremu przejść do umiarkowanego ruchu w postaci przechadzki według Philipa, albo lekkiej pracy ręcznej według Patersona. Ta praca ręczna w angielskich uzdrowiskach zwykle poprzedza przechadzkę, od której bezpośrednio zaczynają się ćwiczenia fizyczne w Szkocyi. Praca ręczna polega na szyciu, robieniu mat, mioteł i t. p. w siedzącej postawie. Gdy po 10—14 dniach tej lekkiej pracy stan zdrowia chorego nie przestaje poprawiać się, wówczas zaleca się przechadzkę. Co do chorych bez podniesienia ciepłoty i z gruźlicą nieczynną, ale o stanie ogólnym słabym, to na razie nie daje się im żadnej pracy, ale też nie trzyma się ich w łóżku. Ruchu używają tyle tylko, ile go potrzeba do przychodzenia do stołu. Resztę czasu spędzają, siedząc na balkonie [3]). Gdy wszakże stan ich sił (łaknienie, waga, stan podmio-

[1]) Mila angielska = 1·61 kilometra.

[2]) 99° według F. = 37·2° według C.

[3]) Większość wielkobrytyjskich uzdrowisk nie posiada wcale werand-leżalni w ścisłem tego słowa znaczeniu. Zastępują

towy) zacznie się poprawiać, wówczas zaleca się im przechadzkę, stopniowo zwiększającą się. Zaczyna się przechadzka od ¹/₄ mili na dzień po równem miejscu, następnie stopniowo wzrastając dochodzi do 10 mil, najczęściej rozdzielonych w następujący sposób: zrana 5 mil, 4 mile popołudniu i 1 mila wieczorem po obiedzie. Jeżeli teren sanatoryum na to pozwala, to stosuje się chodzenie po ścieżkach o łagodnym spadzie i wzniesieniu. Jako zasadę przy przechadzkach zaleca się trzymanie proste głowy i oddychanie nosem przy zamkniętych ustach. Pierwsze przechadzki odbywa się powolnym krokiem z dłuższymi lub krótszymi odpoczynkami. Tego przepisu przestrzega się szczególniej u chorych ze zmianami rozpadowemi w płucach. Co do następnych, to czyni się coraz mniej zastrzeżeń w tym względzie. Jeżeli przechadzka wywołuje trudność w oddychaniu, to w wielu sanatoryach zupełnie zakazuje się tego rodzaju ruchu.

Poza przechadkami stosuje Philip w Victoria Hospital w tym stopniu ćwiczeń fizycznych gimnastykę płucną jeden albo 2 razy dziennie i ćwiczenia dla poprawienia ruchu klatki piersiowej, ramion i głowy. Na te ruchy zwłaszcza zwraca się się najbaczniejszą uwagę u dzieci gruźliczych, dla których założono szkołę przy tym szpitalu.

Gdy chory przerobi wyliczone ćwiczenia fizyczne z przechadzką włącznie, wdraża się go powoli i z jeszcze większą oględnością do właściwej pracy fizycznej.

Dr M. S. Paterson opracował ten system i rozwinął z wielką dokładnością do najdrobniejszych szczegółów i dlatego podam go, jako najbardziej obszerny i typowy, nadto najlepiej mi z moich badań w sanatoryum Frimley znany. Główne zasady leczenia pracą fizyczną w ścisłem tego słowa znaczeniu poza wyliczonemi wyżej są nadto następujące.

Praca powinna być celowa, aby chorzy byli przekonani o jej użyteczności i widzieli jej wyniki. Przed podniesieniem się ciepłoty najwcześniej wskazują na przepracowanie: ból głowy, zmniejszenie się łaknienia, pogorszenie stanu podmiotowego, bóle w piersiach i uczucie znużenia albo nawet wyczerpania. Przy tych objawach należy przerwać niezwłocznie pracę i zastosować spokój, aż one miną. Gdy to nastąpi, chory wraca do dawnego stopnia pracy. Jeżeli tu w ciągu kilku dni nie wystąpi żaden z objawów przepracowania, wówczas chorego posuwa się do trudniejszego rodzaju pracy.

Philip w swoim systemie podaje poza okresem spokoju dwa właściwie stopnie, z których każdy ma jeszcze poddziały. Paterson zaś, pomijając spokój i wyliczone ćwiczenia fizyczne, dzieli stosowanie pracy fizycznej na 5 stopni. W każdym stopniu chory z zasady przebywa 3 tygodnie i, jeżeli nie zachodzą przeciwwskazania, po upływie tego czasu przechodzi do wyższego co do trudności stopnia. Stopniowanie to polega na następnem.

I. stopień: Noszenie koszów z ziemią albo z innym materyałem. Tutaj 3 poddziały: a) kosz z zawartością waży 12 funtów[4]); przenosi się go na przestrzeni 50 yardów[4]); koszów takich 80. Innemi słowy przejdzie się 4000 yardów[4]) z ciężarem i tyleż z powrotem. b) Ciężar kosza z zawartością wynosi 18 funtów i c) tosamo 24 funty wagi.

II. stopień, t. zw. »małej łopaty«. Tutaj łopatą, używaną do rzucania węgla kamiennego, chorzy wykopują 2 tonny[4]) ziemi i rzucają je do taczek na wysokości 7 stóp. Najwyżej dochodzi się do 4 ton.

III. stopień, t. zw. »wielkiej łopaty«, to jest używanej przez ziemnych robotników. Chorzy robią tosamo i w takim samym zakresie, jak w poprzednim stopniu.

IV. stopień obejmuje pracę najcięższą kilofem, która polega na skopywaniu nieruszanej ziemi i kopaniu dołów.

W wymienionym zakładzie leczniczym w czasie mego w nim pobytu we wrześniu r. 1913 najszerzej był uwzględniony I stopień. Nadawał się on bardziej, niż inne, dla każdego chorego bez różnicy zawodu, zwłaszcza dla osób inteligentnych zawodów, nie był ciężki i, co najważniejsza, wszystkie mięśnie ustroju są tu mniej więcej równomiernie zajęte.

Dla chorych, którzy przeszli przez wszystkie stopnie i pracowali w ostatnim 6 godzin dziennie, dodano:

V. stopień, w którym chorzy przez 3 ostatnie tygodnie przed opuszczeniem uzdrowiska wdrażają się do pracy własnego zawodu. W tym celu urządzono w sanatoryum osobne pracownie dla stolarzy, tokarzy, szewców, krawców i introligatorów. Nadto niektóre zawodowe prace odniesiono do wyliczonych stopni. Tak n. p. malowanie pokojowe, kopanie i rąbanie drzewa odpowiada II stopniowi, piłowanie drzewa III stopniowi, karczowanie lasu IV stopniowi.

Zaczynając od tych, którzy robią 4 mile (prawie 6·5 kilometr.) przechadzki dziennie, wszyscy chorzy ścielą swoje łóżka, zmieniają na nich bieliznę, czyszczą swoje ubrania i obuwie, — na co jest przeznaczona osobna galerya —, sprzątają w pokojach, myją okna, froterują posadzkę w pokojach, salach i korytarzach, robią porządki w salach i jadalni, w której też czyszczą rzeczy mosiężne. We Frimley, jak również w Benenden-Sanatorium spotkałem się z oryginalnym i według mnie zasługującym na naśladowanie zwyczajem czyszczenia naczynia stołowego przez samych chorych. Każdy chory otrzymuje do wyłącznego swego użytku cały garnitur naczynia i sztućców z ręcznikami do wycierania, który przechowuje pod określonym numerem w osobnym przedziale szafy. Po spożyciu każdego posiłku chorzy skrupulatnie obmywają swoje naczynie w osobnych, na ten cel przeznaczonych, a w bezpośredniem sąsiedztwie z jadalnią położonych zbiornikach, do których przeprowadzono gorącą wodę.

Dla kobiet wypracowano tesame stopnie pracy fizycznej, tylko w mniejszym zakresie, n. p. kosze i łopaty są mniejsze. Nadto ilość roboty, w tymsamym okresie czasu wykonywanej, jest tu mniejsza, niż u mężczyzn. Kobiety utrzymują zwykle w porządku cały teren około swoich pawilonów, uprawiają ogrody jarzynowy i kwiatowy, prowadzą hodowlę drobiu.

Dodatkowy VI stopień pracy fizycznej odpowiada ciężkiej pracy robotników ziemnych.

Pierwszą wskazówką, że chory robi zawiele, jak już wyżej zaznaczono, jest strata apetytu i lekki ból głowy. Jeżeli te objawy zlekceważyć i nie przerywać pracy, to następuje podniesienie się ciepłoty ponad poziom prawidłowy. To należy uważać za bezwzględny sygnał alarmowy, że praca jest za wielka. Jeżeli i na to nie zwrócić uwagi, to ciepłota idzie bardziej w górę; rozpoczynają się bóle w kończynach i stawach i razem z bólem głowy wszystkie te objawy niekiedy przypominają grypę. W początku wprowadzenia pracy fizycznej do Frimley-Sanatorium (4) zauważono, że chorzy za wiele oddawali się grom ruchowym, co wywoływało powyższe objawy i wogóle polepszenie stanu zdrowia nie było dostatecznie zadowalniające. Należy to tłómaczyć tem, że chorzy, robiący przepisane 4 mile dziennie, gdy wieczorem jeszcze przy krokiecie n. p. oddawali się zbyt silnemu i żywemu ruchowi, to znacznie przekraczali dawkę stopniowanej pracy fizycznej. Dlatego zostało wydane przez lekarza rozporządzenie (4), że chorzy poczynając tylko od II stopnia mogą uprawiać takie, jak krokiet, gry.

Wogóle godziny odpoczynku powinny być taksamo uporządkowane, jak godziny pracy. Gra na fortepianie, na skrzypcach i śpiew powinny być uważane za ćwiczenia. Spostrzegano, że chorzy po całogodzinnej grze na pianinie dostawali podniesienia ciepłoty do 99⁰ F. (37·2 C.) z bólem głowy.

Już po kilkunastu miesiącach doświadczeń Paterson zauważył (4), że chorzy po niewielkiem podniesieniu ciepłoty do 99⁰ F. wskutek przepracowania, gdy musieli potem kilka dni spędzać w spokoju, niekiedy nietylko nie doznawali pogorszenia stanu zdrowia, ale raczej poprawy. Niektórzy zaś chorzy wprost stale wykazywali polepszenie po każdorazowym kilkudniowym wypoczynku, spowodowanym poprzedzającem przepracowaniem.

Nieraz powstaje pytanie, co robić z chorymi, którzy wprawdzie co do ciepłoty i łaknienia dają pomyślne wskazania, ale wcale nie wykazują polepszenia ani w płucach, ani w ogólnym stanie zdrowia, ani w wadze. Czy posuwać ich do wyższego stopnia, czy pozostawiać więcej w spokoju? W większości przypadków zaleca się trudniejszą pracę. Pomyślne wyniki zachęcają do takiego postępowania.

Niżej podaję statystykę wyników leczenia we Frimley-Sanatorium w ciągu r. 1905, 1906 i 1907, dowodzący co najmniej, że są one nie gorsze, niż w uzdrowiskach niemieckich, gdzie, jak wiadomo, przeważa leczenie leżeniem. Jeżeli się zważy, że wszyscy chorzy z tego angielskiego sanatoryum po opuszczeniu zakładu w stanie poprawy wracają do swoich dotąd uprawianych zawodów, to trudno nie przyznać wyższości leczenia pracą fizyczną nad »Liegekur«. Jako komentarz do przytoczonych liczb, nadmienić należy, że wszyscy chorzy przeszli przez wszystkie stopnie pracy dawkowanej. Z nich niektórzy są w pracy najmniej 7 miesięcy, większość zaś 2—3 lat. Pomiędzy tymi, których umieszczono w rubryce »nie wiadomo« (»not reported«),

je w tych sanatoryach, gdzie leczenie leżeniem jeszcze stosują, t. zw. »shelters«, czyli namiotami z desek.

⁴) 50 yardów = 150 angielskim stopom; stopa = 0·30 metra. Angielski funt = 450 gramów; tonna (ton) = 2240 funtów = 1016 kilogr.

są również wszyscy ci, którzy opuścili uzdrowisko w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed sporządzeniem statystyki, co do których wiadomo, że są w pracy.

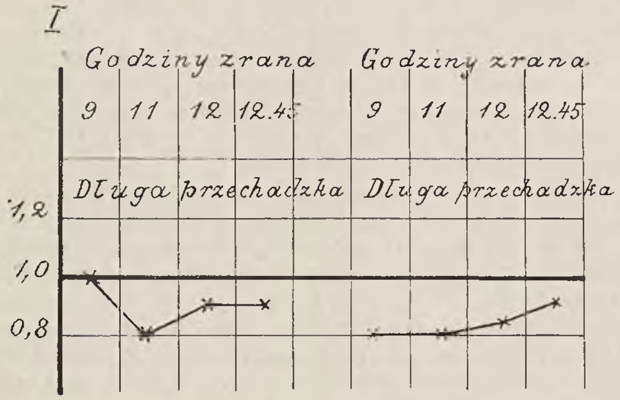
253	są w pracy
9	nie są w pracy
74	niewiadomo
8	zmarło
344	

W tem samem Frimley-Sanatorium, które stanowi jedną ze składowych części londyńskiego Brompton Hospital, postarano się o naukowe uzasadnienie leczenia pracą fizyczną. Lekarz tego szpitala Dr A. C. Inman na podstawie 300 badań wskaźnika opsoninowego sposobem Almrotha Wrighta u chorych, poddawanych omawianemu sposobowi leczenia, doszedł do przekonania (5), że jak przy czynnej gruźlicy zachodzi samorodnie, tak przy nieczynnej dzięki stosowaniu pracy fizycznej powstaje sztucznie autoinokulacya własną tuberkuliną, wytwarzaną w samym ustroju. Przy gruźlicy czynnej ta autoinokulacya ma pozostawać w prostym stosunku do »activity« choroby (patrz tabl. II). W przypadkach słabo czynnej gruźlicy autoinokulacya może sama przez się nie odbywać się, póki ustrój pozostaje w spokoju; ruch wszakże może ją wywołać. Zachodzi tu w ustroju odczyn, podobny do tuberkulinowego. Odczyn ten, samorodny czy sztucznie wywołany, objawia się w wahaniach wskaźnika opsoninowego. 95% chorych badanych co do wskaźnika opsoninowego wykazało jego wahania choć raz jeden w ciągu doby. Podniesienie się ciepłoty pod wpływem pracy fizycznej odpowiada ujemnej fazie wskaźnika, która swoją koleją dowodzi nadmiernej autoinokulacyi (tabl. III i IV). Bezwzględny spokój może ją przytłumić. Jeżeli nawet ciężka praca fizyczna przestaje oddziaływać na wskaźnik, który przedtem często się wahał, to jest to dość dobrym dowodem, że choroba jest stłumiona.

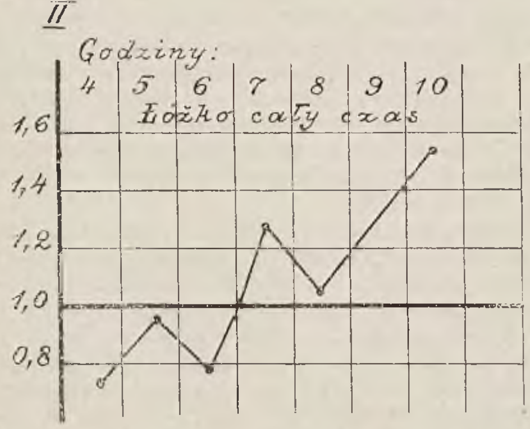
Dla lepszego oświetlenia podaję kilka tablic wahań wskaźnika opsoninowego, zaczerpniętych z dzieła Inmanna (5).

Pierwsza tablica daje obraz wskaźnika u człowieka zdrowego w czasie długiej przechadzki[5]),

I

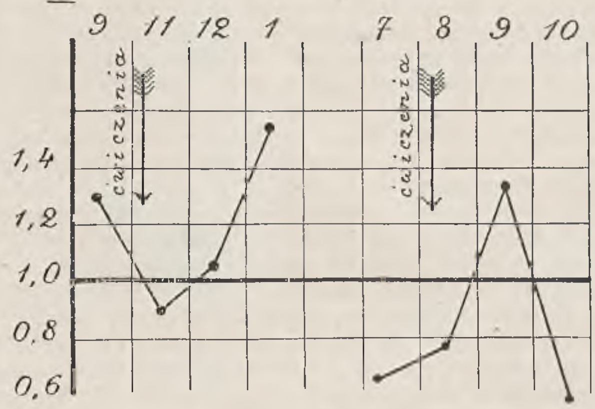


II



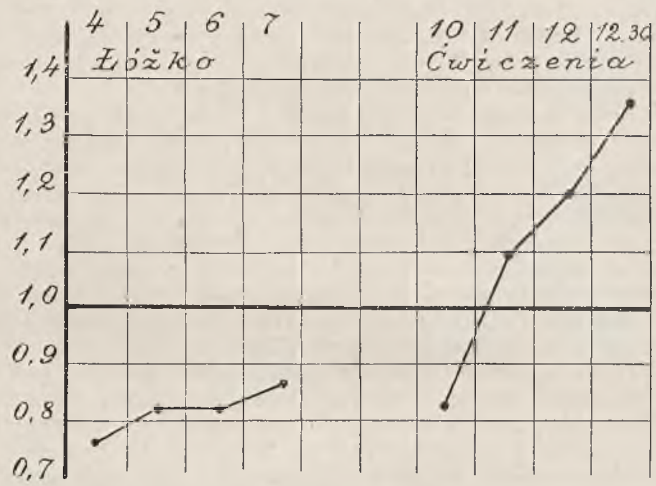
Tablica trzecia wykazuje wpływ ćwiczeń na przypadek gruźlicy we wczesnym okresie o niewielkich zmianach.

III



Następna znowu uwidocznia wahania wskaźnika opsoninowego u osobnika gruźliczego zależnie od spokoju i ćwiczeń.

IV



Poprzestając na tych kilku rysach próby, podjętej przez wielkobrytyjskich badaczy w celu naukowego uzasadnienia leczenia gruźlicy płuc dawkowaną pracą fizyczną, przechodzę do opisu rozmiarów stosowania tego sposobu leczenia w W. Brytanii.

Studyując na miejscu wielkobrytyjską walkę z gruźlicą, nie mogłem tam znaleść ani jednego sanatoryum, ani schroniska (a zwiedziłem i zbadałem ich latem i jesienią 1913 r. 37), któreby w mniejszym lub większym zakresie nie wprowadziło pracy fizycznej, jako czynnika leczniczego. Co ważniejsza, w uzdrowiskach dla zamożnych i średniozamożnych przyjęło się leczenie ćwiczeniami i pracą fizyczną równie dobrze, jak w ludowych. Miałem sposobność niejednokrotnie przekonać się naocznie, jak n. p. w Pinewood-Sanatorium, przeznaczonem, jak nasza Rudka, dla średniozamożnej inteligencyi, że chorzy przerabiają tu ściśle wszystkie stopnie systemu Philipa-Patersona. Właśnie za mego pobytu w tem uzdrowisku część chorych z głównym lekarzem na czele wycinała i karczowała las sosnowy około zakładu, przygotowując miejsce na ogród. W innem słynnem sanatoryum, imienia króla Edwarda VII, także dla średniozamożnych, widziałem, jak chorzy płci obojga wykonywali stopniowo dawkowane ćwiczenia fizyczne i lekką tylko pracę fizyczną. Tosamo da się powiedzieć o prywatnych uzdrowiskach: Southbourne West, East Anglian i innych. Natomiast, w Mendip Hills i zwłaszcza w Crooksbury-Sanatorium system Patersona wprowadzono w całej rozciągłości, w tem drugiem z pewnemi zmianami w stopniowaniu. W Szkocyi we wzgórzach Kinross-shire'u natrafiłem nawet na takie uzdrowisko dla zamożnych, pod nazwą Ochil Hills, gdzie ozdrowieńcom, pomijając już takie męczące sporty, jak n. p. golf, pozwalano uprawiać polowanie na obszernym, obejmującym 400 akrów[5]) terenie zakładu.

Wyników leczenia w tych prywatnych sanatoryach, coby

[5]) Jak wiadomo, Wright podaje wskaźnik opsoninowy dla ludzi zdrowych w granicach 0·8—1·2.

[5]) Akr = 0·4 hektara.

w tym względzie rozstrzygało, sprawdzić niestety nie mogłem, bo nie wydają one sprawozdań, ale lekarze tych zakładów upewniali mnie, że pracy fizycznej zawdzięczają bardzo wiele pod względem leczniczym. Co więcej, kierownik wymienionego już Crooksbury-Sanatorium, Dr F. R. Walters, wybitny znawca sanatoryalnego leczenia gruźlicy nietylko w swojej ojczyźnie, ale na całej kuli ziemskiej, jest gorącym zwolennikiem leczenia dawkowaną pracą fizyczną, czemu dał wyraz w swoich dziełach, zwłaszcza w znakomitej pracy pod tyt.: »Sanatorium Treatment of pulmonary Tuberculosis« (24).

Co do uzdrowisk ludowych, które najbardziej mnie obchodziły, to już opisałem stosowanie w nich pracy fizycznej. Mogę nadto dodać, że naocznie na każdym kroku w W. Brytanii przekonywałem się, iż większość robót, często najtrudniejszych w zakładzie, wykonują chorzy. W Benenden Sanatorium wskazywano mi całe szeregi zabudowań gospodarczych, dróg, ścieżek i mostów, wybudowanych rękami chorych. Najwymowniejszym wszakże przykładem, jakich robót oni dokonują, sądzę, będzie spis tych robót, wzięty przezemnie ze sprawozdań niejednokrotnie wspomnianego Frimley-Sanatorium: 1) Wszystkie malarskie roboty wewnątrz i zewnątrz zabudowań uzdrowiska. 2) Wykopanie, przesianie i rozsianie żwiru po drogach i ścieżkach zakładu Poszło na to 150 ton żwiru. 3) Wycięcie drzew i krzaków naokoło zabudowań uzdrowiska w postaci pasa szerokości 20 stóp (6 metrów) dla ochrony otaczającego lasu na wypadek pożaru w uzdrowisku. 4) Wykopanie i przesianie żwiru i piasku na przestrzeni 5 akrów (2 hektarów). 5) Osuszenie i założenie trawnika na przestrzeni 2 akrów. 6) Sporządzenie wału naokoło terenu zabudowań sanatoryalnych, zamiast płotu. 7) Ścięcie i porąbanie na części około 310 drzew. 8) Uporządkowanie większej części terenu sanatoryalnego, który na ogół obejmuje 20 akrów (8 hektarów). 9) Wybudowanie inspektów. 10) Wybudowanie chlewa dla trzody. 11) Wybudowanie kurnika i wszystkich w nim urządzeń. 12) Założenie 1500 stóp (457 metrów) rur dla wodociągu o wysokiem ciśnieniu i hydrantów. 13) Wymurowanie 150 yardów (137 metrów) długiego kurytarza, prowadzącego z kuchni do hali maszyn. Za mego pobytu w tem sanatoryum chorzy między innemi wymurowali z cegły na zaprawie wapiennej oraz cementowej duży basen na fontannę.

Dla lepszego przedstawienia stosunku spokoju, stosowanego w ludowych uzdrowiskach W. Brytanii, do pracy, przytaczam 3 tablice porządku dnia ważniejszych tego rodzaju zakładów w tym kraju.

Tabl. V.
Victoria Hospital w Edynburgu.

6 godz.	Chorzy wstają. Filiżanka herbaty.	1·30	Odpoczynek 30 min.
7·30	Słanie łóżek.	2·00	Ćwiczenia i praca.
8·00	Śniadanie.	5·30	Odpoczynek.
8·30	Zabiegi lecznicze. Odpoczynek 30 min.	6·00	Wieczerza.
9·30	Ćwiczenia i praca	6·45	Odpoczynek. Zabiegi lecznicze.
12·30	Odpoczynek.	7·15	Rekreacya.
1·00	Obiad.	8·30	Łóżko.

Tabl. VI.
Northwood.

6 godz.	Gorące mleko.	12·30	Obiad.
6·30	Ubieranie się.	1·30	Odpoczynek.
7·00	» »	2·00	Ćwiczenia i praca.
7·30	Odpoczynek.	4·00	Odpoczynek.
8·00	Śniadanie.	4·30	Herbata.
8·30	Odpoczynek.	5·00	Odpoczynek.
9·00	Praca.	6·00	Rekreacya.
10·30	Praca w polu.	7·00	Wieczerza.
12·00	Odpoczynek.	7·30	Łóżko.

Tabl. VII.
Benenden.

7 godz.	Wstawanie z łóżka.	4·15	Odpoczynek.
7·45	Kąpiel. Słanie łóżka.	5·30.	Herbata i rekreacya.
8·30	Śniadanie.	7·30.	Wieczerza.
10·00	Ćwiczenia i praca.	8·30	Łóżko.
12·15	Odpoczynek.	9·00	Gaszenie światła.
1·30	Obiad.		
2·30	Praca, ćwiczenia albo odpoczynek wedle przepisu.		

Zakres stosowania dawkowanej pracy fizycznej w porównaniu z ludowemi uzdrowiskami bywa znacznie większy w t. zw. Farm Colony, t. j. w koloniach wiejskich dla ozdrowieńców. Zbadałem szczegółowo jedną z nich, mianowicie Edynburską kolonię, położoną w osadzie Polton. Zakład ten przedstawia jedno z ogniw w systemie walki z gruźlicą Dr Philipa. Nie chcąc powtarzać tego, co już o nim napisałem (22), nadmienię tylko, że chorzy, odpowiednio przez Victoria Hospital dobierani, wykonują tu najcięższą pracę w polu, ogrodzie i stodole. Praca ta wszakże jest ściśle dawkowana i odbywa się pod bacznym dozorem lekarza. Przytoczona niżej tablica porządku dnia w tej kolonii da wyobrażenie o ilości pracy.

Tabl. VIII.

6 godz.	Wstawanie z łóżka, kąpiel, ubieranie się.	5·00	Koniec pracy.
6·45	Śniadanie.	5·30	Wieczerza.
7·00	Praca.	6·15	Modlitwa.
9·00	Drugie śniadanie.	6·50	Rekreacya.
9·45	Praca.	8·30	Filiżanka kakao.
1·00	Obiad.	9·45	Łóżko.
2·00	Praca.	10·00	Gaszenie światła.

Na tem kończę rozdział o leczeniu pracą fizyczną w W. Brytanii i przechodzę do innych krajów, gdzie ono w większym zakresie znalazło zastosowanie.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1914/15, XLI działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

VII. Posiedzenie zwyczajne d. 4. III. 1915 r.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych członków 11, gość 1.

1. S. Dobrucki i W. Jasiński przedstawili 14-letnią dziewczynkę, u której Jasiński rozpoznał **nowotwór mózgu** w lewej półkuli w okolicy brózdy środkowej, Dobrucki zaś dokonał zabiegu operacyjnego według metody Krausego: zabieg przygotowawczy — odsłonięcie opony twardej, płat kostny, a po 16 dniach zabieg właściwy — otwarcie opon. Jak się okazało, był to glejak, zrośnięty z istotą mózgową w sposób, wykluczający możność wyłuszczenia. Chora zniosła zabieg dobrze, nie skarży się obecnie na bóle głowy, widzi lepiej (decompressio).

2. E. Moniuszko (ze Zwierzyńca) odczytał pracę: **O usypianiu eterem za pomocą wlewań do odbytnicy**. Prelegent omówił krótko dotychczasowe usypiania eterem, podkreślając obawę powikłań płucnych przy wdychaniu oraz trudności przy stosowaniu eteru przez maskę przy operacyach na twarzy. Nowy sposób, wypracowany przez prelegenta i zastosowany przez niego w 300 przypadkach, polega na stosowaniu eteru w połączeniu z oliwą w postaci wlewań do odbytnicy w ilości około 240 cm³ (180—190,0 eteru oraz 50—60,0 oliwy). M. wlewa początkowo niewielką część (około 50,0) tej mieszaniny, gdy zaś parcie znika, wlewa resztę, poczem chory zasypia bez okresu podniecenia w ciągu 20—30 minut. W celu ułatwienia uśpienia wstrzykuje M. uprzednio morfinę. Sen trwa bez przerw do kilku godzin; po operacyi M. usuwa nadmiar eteru przez wypompowanie zwykłą gruszką gumową. M. dokonał szeregu poważnych zabiegów (w tej liczbie operacye z otwarciem jamy brzusznej) i uśpienie nie zaszkodziło. Powikłań nie widywał (w jednym przypadku jednorazowo domieszka krwi w wypróżnieniu). Przypadki śmiertelne, jakie się zdarzały (2), zależne były od istoty cierpienia, nie od uśpienia.

Dyskusya: a) J. Czarnecki zaznacza, że obawy powikłań płucnych przy zwykłem stosowaniu eteru są nieuzasadnione, gdyż zapalenia płuc zdarzają się równie często przy stosowaniu chloroformu i zależne są od zakażeń z jamy ustnej. Większość zabiegów na twarzy dokonać można w znieczuleniu miejscowem. Sposób usypiania eterem za pomocą wlewań do odbytnicy podał Pirogoff w r. 1847 i początkowo zyskał wielu zwolenników;

okazało się jednak, że skutkiem tego występowały — nawet dość późno po zabiegu — owrzodzenia w odbytnicy i kątnicy z następczem ropnem zapaleniem otrzewnej. Dumont przed 10 laty zaczął stosować eter przez odbytnicę za pomocą osobnego przyrządu do rozpylania, lecz i w ten sposób nie uniknięto owrzodzeń (Baum podał 2 przypadki śmiertelne w 4 dni i w 2 tygodnie po uśpieniu). Arndt w r. 1911 próbował 5% wodnego roztworu eteru, lecz również prób tych zaniechał. Na tej zasadzie Cz. uważa stosowanie eteru przez odbytnicę za niebezpieczniejsze od dotychczasowego stosowania przez maskę.

b) S. Dobrucki do sposobów usypiania eterem, podanych przez prelegenta, dodaje amerykańską metodę: eter wlewa się kroplami przez grubo złożoną gazę (około 12 warstw), przez co unika się nagłego oziębiania. Co do sposobu, opisanego przez prelegenta, D. zastanawia się, czy eter wchłania się tu wraz z oliwą, czy też oliwa wpływa tylko na powolniejsze parowanie eteru. Nie przesądzając wartości metody Moniuszki, D. wyraża zdanie, że żadnej metody nie należy stosować szablonowo we wszystkich przypadkach; wlewania przez odbytnicę uważałby n. p. za przeciwwskazane przy laparotomiach. Dążeniem naszem w zakresie badań nad usypianiem powinno być unikanie ogólnego uśpienia, stosowanie zaś jak najszersze znieczuleń miejscowych. Co do przypadków, zakończonych śmiercią, nie można »a priori« wykluczać związku z uśpieniem.

c) B. Dziemski za przeciwwskazane uważałby stosowanie tego uśpienia u ciężarnych. — d) Cz. Czerwiński zgadza się z Dobruckim, że usypianie ogólne nawet na większych oddziałach chirurgicznych stosowane bywa często w przypadkach, gdzie dałoby się z powodzeniem zastosować znieczulenie miejscowe. Dane co do szkodliwości wlewań eteru do odbytnicy, przytoczone przez Czarneckiego, nie mogą w równej mierze dotyczyć metody, opisanej przez prelegenta, gdyż działanie eteru może tu być złagodzone przez dodanie oliwy.

d) Moniuszko w odpowiedzi zaznacza, że opisanej metody nie opracował w całej rozciągłości (brak piśmiennictwa), stosować ją zaczął z konieczności (dla braku pomocy przy usypianiu); żadnych powikłań nie spostrzegał, a przypadki śmiertelne stanowczo odnosi do ciężkich objawów choroby, a nie do uśpienia. Zgadza się w zupełności co do przewagi znieczulenia miejscowego nad ogólnem.

3. Cz. Czerwiński przedstawił następujące preparaty:

a) macicę wielkości głowy dorosłego człowieka z mnóstwem śródmiąższowych i podsurowiczych **włókniaków**;

b) macicę z **włókniakiem** śródmiąższowym wielkości dużej pomarańczy; guz mógł być względnie łatwo wyłuszczony z pozostawieniem całego narządu, gdyby nie wiek chorej (42 lat), który nie usprawiedliwiłby zastosowania tego więcej niebezpiecznego zabiegu;

c) macicę z **włókniakiem** podsurowiczym, wielkości dużej cytryny, na tak długiej szypułce, że dało to powód do mylnego rozpoznania torbieli skórzastej; macicę usunięto wraz z guzem ze względu na obecność mnóstwa bardzo drobnych włókniaków podsurowiczych. Wszystkie 3 preparaty otrzymano drogą zabiegu brzusznego z pomyślnem dla chorych zejściem;

d) tylną wargę macicy, amputowaną z powodu olbrzymiego **przerostu tej wargi**. Preparat pochodzi z wieloródki, która zgłosiła się o poradę z powodu »wypadnięcia« macicy; amputowana część kształtem swoim i wielkością odpowiada kurzemu jajku;

e) macicę wraz z jajnikami i jajowodami, usuniętą sposobem Wertheima z powodu **raka szyjki macicznej**;

f) macicę z **rakiem części pochwowej**, usuniętą metodą Doyena (pochwową);

g) 2-miesięczną **ciążę jajowodową** lewostronną, t. zw. »abortus tubarius«;

h) preparat prawostronnej **ciąży jajowodowej**, pękniętej z 2-miesięcznym płodem: przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na tę okoliczność, że pęknięcie nastąpiło w chwili przystąpienia do operacyi;

i) preparat **obustronnej ciąży jajowodowej**; w przypadku tym przy badaniu chorej rozpoznano tylko prawostronną ciążę zewnątrzmaciczną; po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że lewy jajowód pękł dawniej, jak to można było określić ze znalezionych w jamie Douglasa skrzepów krwi i on to był przyczyną klinicznych objawów wewnętrznego krwawienia; prawy zaś znaleziono nienaruszony, lecz wrzecionowato rozszerzony, aż do wielkości dużego orzecha włoskiego; na przecięciu znaleziono jaje płodowe zamarłe. (Autoreferat).

VIII. Posiedzenie roczne, zwołane na 4. VII. 1915, odłożono do 4. września 1915. Sekretarz: W. Jasiński.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Rada zawiadowcza nadała na posiedzeniu w dniu 6. marca b. r. sześciu wdowom dożywotnie pensye, z zastrzeżeniem, że Walne Zgromadzenie nadanie potwierdzi. Oprócz tego 36 wdowom przyznano jednorazowe zapomogi. Nadania te czynią razem 6.480 koron. W roku 1916 pobrane pensye wynosiły 11.715 kor., jednorazowe zapomogi 3.545 kor. — razem 15.260 kor. W latach wojny 1914—1916 pobrały nasze wdowy i sieroty 44.245 kor., a jeżeli do tego dodamy 9.850 kor., które wypłacono w pierwszych trzech miesiącach roku 1917, to Towarzystwo lekarzy galicyjskich, w czasie tej wielkiej potrzeby, wspomogło je dotąd kwotą 54.095 kor. Nazwiska wdów i sierot, które pobierały pensye i zapomogi, oraz wysokość kwoty, pobranej przez każdą wdowę lub sierotę, ogłosimy w Sprawozdaniu Towarzystwa za 1916 rok, które się w kwietniu w Przeglądzie lek. ukaże.

W lutym odbyły się, po posiedzeniu naukowem, wybory w Oddziale jarosławskim. Przewodniczącym wybrano Dr Czyżewicza, zastępcą Dr Sawickiego, sekretarzem Dr Orłowskiego. Delegatem na Walne Zgromadzenie wybrano kolegę przewodniczącego.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 28. III. b. r. posiedzenie, na którem prof. Dr Tokarz miał wykład p. t. Służba sanitarna w wojsku polskiem w r. 1830/31.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 28. marca w klinice okulistycznej (ul. Kopernika 40).

Lwow. Zarząd Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na r. 1917 stanowią: dyr. Dr Kohlberger, prezes, prof. Dr Hornowski, wiceprezes, Dr Papée, sekretarz stały, Dr Bocheński, sekretarz doroczny, prym. Dr Lenartowicz, skarbnik.

Zmarli: Dr Michał Silberbart w 66 r. ż. w Aleksandrowie; Dr Stanisław Stadnicki, lekarz m. Chęcin, z duru osutkowego.

Redakcya otrzymała: L. Doboszyński: Kilka uwag o akcyi przeciwgruźliczej. Kraków 1917, stron 17. — Serkowski: Nowe prądy w zakresie biologii i bakteryologii mleka i produktów mlecznych. (Gazeta rolnicza 1916). — Euf. Herman: O rzadziej spostrzeganych objawach w przypadku guza mózgu. (Gaz. lek. 1916).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 28. marca 1917 o godzinie 6 wieczór w klinice okulistycznej (Kopernika 40). Na porządku dziennym: 1) Dr Engländer: Przedstawienie chorych. 2) Dr Kleczkowski: Nowy sposób badania adaptacyi siatkówki i ślepoty zmierzchowej (hemeralopia) (z demonstracyą przyrządów). 3) Dr Rosenhauch: Z dziedziny okulistyki. 4) Dyskusya nad demonstracyami kol. Nowaczyńskiego, prof. Rosnera i Szancenbacha (z d. 7. III. b. r.) (zgłoszeni kol. Wojciechowski, Engländer, prof. Braun), oraz nad wykładami prof. Majewskiego i Dr Kleczkowskiego.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Nr 13. Kraków, 31. marca 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 31. marca 1917. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni anatomo-patologicznej Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie (Lwów).

Przyczynek do patogenezy twardziny skóry (sclerodermia)

podał

Prof. Dr Józef Hornowski,

prosektor Zakładu.

Do rzędu nerwic z zaburzeniami czuciowo-naczyniowo-odżywczemi zaliczamy dzisiaj i twardzinę skóry, opisaną po raz pierwszy dokładnie przez Thiriala w roku 1845.

Najznamienniejszą cechą tego schorzenia jest to, iż odróżnia się ono od innych pokrewnych nerwic (erytromelagii i choroby Raynauda) przez prawie wyłączne występowanie zmian odżywczych w skórze, gdy inne, wspólne dla wszystkich tych nerwic objawy czuciowe i naczynioruchowe ustępują na plan drugi, lub nawet mogą być zupełnie nie zaznaczone.

Dwie wyżej zaznaczone nerwice stosunkowo często kombinują się z twardziną skóry, przyczem mogą być one sprawą pierwotną, zaś twardzina — wtórną, lub na odwrót. Poza tem istnieje cały szereg takich przejściowych postaci, w których nie podobna odróżnić erytromelalgii od twardziny skóry, pomimo iż, jak to zaznacza Cassirer, stosunki pomiędzy temi dwoma postaciami chorobowemi nie są tak blizkie, jak między twardziną skóry, a chorobą Raynauda.

Twardzina skóry występuje najczęściej w wieku dojrzałym, lecz może być również i u dzieci, nawet kilkutygodniowych, jak również i u starców. Stwierdzano u osób takich prawie zawsze pewne obciążenie nerwowe, pewną zmniejszoną odporność układu nerwowego, choć naogół twardzina skóry występuje tylko wyjątkowo u osób z organicznemi cierpieniami nerwowemi.

O etyologii tego schorzenia nie możemy literalnie niczego powiedzieć, gdyż, przeglądając piśmiennictwo, dotyczące przypadków twardziny skóry, których jest około tysiąca, nie znajdujemy stanu chorobowego, ani żadnej możliwej przyczyny, którymby różni autorzy nie przypisywali bezpośredniego wpływu na powstawanie twardziny skóry.

W przebiegu tego schorzenia, który może być ostry, lub przewlekły, wolno postępujący, odróżniamy trojakiego rodzaju makroskopowe zmiany w skórze, od czego zależy i podział tej choroby na trzy różne okresy. W okresie pierwszym występuje zwykle zbity obrzęk skóry, a w oczy rzuca się gładkość i połysk powierzchni, często wejrzenie jakby alabastru. W okresie drugim występuje stwardnienie, zbitość i znaczne napięcie skóry, które chory odczuwa podmiotowo; skóra wygląda, jak polakierowana, jest szklisto przejrzysta i nieruchoma na swojem podłożu tak, iż nie daje się unieść w fałdy. Wreszcie w okresie trzecim występuje zanik skóry, który się charakteryzuje przez papierowate jej ścieńczenie.

Bardzo często dwa pierwsze okresy nie występują zupełnie, lub występują bardzo niewyraźnie, a całe schorzenie przebiega pod postacią zaniku skóry od pierwszej chwili.

Dodać tu należy, że opisane zmiany nie ograniczają się tylko do skóry, lecz mogą rozszerzać się i na wszystkie inne tkanki i narządy.

Co się tyczy wydzielania skóry (tłuszcz, pot), to może być ono wzmożone, zachowane lub zmniejszone, zależnie od okresu i zmian w skórze. Kaposi stwierdził, iż po wstrzyknięciu 0·01 pilokarpiny wydzielanie potu jest naogół obfite, z wyjątkiem miejsc zajętych na skórze przez sprawę chorobową, szczególniej, o ile wystąpił już w tych miejscach zanik.

Tak samo, jak wydzielina skórna, zachowuje się barwik; — może go być ilość zwykła, zmniejszona lub zwiększona, co wywołuje występowanie zabarwionych miejsc w postaci ognisk, plam, pasem.

Ciepłota skóry, zajętej przez sprawę chorobową, w początkowych okresach jest nieco podniesiona, później obniżona, zaś chory podmiotowo ma uczucie zimna.

To są szczegóły, które chciałem podkreślić w przebiegu klinicznym.

Co się tyczy zmian anatomopatologicznych, to w skórze przeważają objawy zaniku poszczególnych jej części, w naczyniach obwodowych drobnych występują zwykle najrozmaitsze zmiany, najczęściej o charakterze zapalnym w postaci zapalenia zewnętrznej, środkowej, a nawet wewnętrznej warstwy tętnic, które doprowadzają do zmniejszenia światła naczyń, zaś w nerwach skóry bądź brak wszelkich zmian, bądź też występują objawy zapalne, ograniczone do torebki nerwów, lub też do ich naczyń. Krzyształowicz zwraca szczególną uwagę na nacieki z komórek plazmatycznych naokoło dużych naczyń dolnej części skóry właściwej, oraz zbicie się, stwardnienie i jednolitość tkanki klejorodnej w skórze właściwej.

Lecz zmiany anatomopatologiczne nie ograniczają się zwykle do samej tylko skóry. Znajdujemy również nadmierne bujanie tkanki łącznej w różnych narządach, wraz z ich zanikiem, lub też przewlekłe zmiany zapalne.

Poza tem opisywano cały szereg charakterystycznych jakoby dla twardziny skóry zmian, które widocznie jednak nie miały z nią nic wspólnego, a mogły być zupełnie przypadkowe. W układzie nerwowym ośrodkowym i obwodowym znajdowali jedni autorzy zmiany zapalne, znacznego stopnia zwyrodnienia, drudzy nie znajdowali najmniejszych nawet zmian. Układ współczulny, w znanych mi przypadkach, w których był badany, przedstawiał się najzupełniej prawidłowo. Wreszcie w ostatnich czasach zwrócono uwagę na zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania i w nich niektórzy zaczęli dopatrywać się charakterystycznych dla twardziny skóry zmian.

W związku z tem wszystkiem, co powiedziałem, istnieją najrozmaitsze poglądy i teorye co do patogenezy twardziny skóry.

Na pierwszy plan wysuwa się teorya naczyniowa, szukająca przyczyny twardziny skóry w schorzeniu naczyń, i to głównie obwodowych. Przewlekłe zapalenia zewnętrznej, środkowej i wewnętrznej warstwy tętnic, występujące ogniskowo w tętniczkach skóry, mają być główną przyczyną powstawania zmian w skórze. Według Krzyształowicza nacieki w zewnętrznej warstwie tętniczek, nacieki, przechodzące czasami nawet na warstwę środkową, wywołują zwężenie światła naczynia, a nawet zarastanie tegoż i zupełny zanik. Również i Dinkler przypisuje rozstrzygające znaczenie dla zmian, występujących w skórze, naciekom w warstwie zewnętrznej. Natomiast Heller upatruje główną przyczynę twardziny skóry w schorzeniu naczyń chłonnych i w zastoju limfy.

W związku z tem chcą niektórzy autorzy dopatrywać się wpływu pierwotnych zmian w naczyniach na układ nerwowy ośrodkowy, obwodowy lub współczulny; według poglądów tych schorzenie naczyń w układzie nerwowym pociąga za sobą zaburzenia w ośrodkach naczynioruchowych i odżywczych, których następstwem są zmiany w skórze. Na dowód tego przytaczają Lewin i Heller liczne objawy naczynioruchowe i wydzielnicze, które występują w początkowych okresach twardziny skóry. Według innych poglądów występować ma pierwotne schorzenie ośrodków nerwowych w rdzeniu przedłużonym, a wszystkie inne zmiany, nie wyłączając i zmian w naczyniach — są wtórne.

Wreszcie, co się tyczy gruczołów wewnętrznego wydzielania, mogą one brać różny udział w patogenezie twardziny skóry. Więc przedewszystkiem jedni w schorzeniu tarczycy dopatrują się przyczyny twardziny skóry, za czem mają przemawiać dobre wyniki przy leczeniu twardziny wyciągami z tarczycy, inni natomiast spostrzegali polepszenie się objawów twardziny skóry po wycięciu tarczycy (Pauchot). Gdy jedni autorzy spostrzegali twardzinę skóry w związku z nadmierną czynnością tarczycy przy chorobie Basedowa (Leube, Sattler, Dupré i Guillain), inni widywali ją tylko przy zmniejszonej czynności tarczycy, przy obrzęku śluzowatym (Grasset, Osler, Dehn), lub przy nadmiernym rozroście tkanki łącznej w tarczycy (Jeanselme, Singer, Hectoën, Notthaft, Leredde i Thomas). Wszystko to chyba najwyraźniej wskazuje, że zmiany w tarczycy należy uważać za zmiany, nie stojące w żadnym związku z twardziną skóry.

Strümpell i Lafond dopatrują się pewnego związku twardziny skóry ze zmniejszoną czynnością przysadki mózgowej i uważają twardzinę skóry za sprawę chorobową, stojącą w przeciwieństwie do akromegalii, w której na plan pierwszy występują sprawy rozrostowe kości i skóry, gdy w twardzinie następuje zanik tych tkanek. Pogląd ten popiera również i Roux, który w jednym przypadku twardziny skóry znalazł na sekcyi nadmierny rozrost tkanki łącznej w przysadce mózgowej.

Luzzato i Lundborg na podstawie częstej kombinacyi twardziny skóry z drżączką poraźną, zaś Dupré i Guillain, którzy spostrzegali twardzinę skóry w jednym przypadku tężyczki, dochodzą do wniosku, że zmniejszona czynność gruczołów przytarczycznych stoi w pewnym związku z powstawaniem omawianego schorzenia. Również i Demianowski w przypadku swoim (Przegląd lekarski Nr 12, 1916) stwierdził szereg objawów, które »z całem prawdopodobieństwem mówią o przebytej lub ukrytej tężyczce«.

Występowanie twardziny skóry w związku z chorobą Addisona, zabarwienie ciemne skóry w niektórych przypadkach twardziny sprowadzają niektórzy (Lichtwitz) do zmniejszonej czynności układu chromochłonnego nadnerczy, co ma być bezpośrednią przyczyną zmian w skórze. Touchard mówi o przepuszczającem, nierównomiernem wydzielaniu adrenaliny, co wywołuje nierównomierne drażnienie układu współczulnego i wywołuje jego schorzenie. Te jednak przypuszczenia nie znajdują potwierdzenia w przypadkach Löbla i Wiesela, którzy mikroskopowo nie mogli stwierdzić żadnych zmian w układzie chromochłonnym przy twardzinie skóry, jak również i w przypadkach Cassirera i Neussera, którzy nigdy anatomicznie nie zdołali wykazać związku choroby Addisona z twardziną skóry.

Wreszcie niektórzy autorzy, jak Rasch, Hahn, oraz wyżej wspomniani Dupré i Guillain dopatrują się w równoczesnem schorzeniu kilku gruczołów wewnętrznego wydzielania przyczyny zmian przy twardzinie skóry. Klinger, Hess i Königstein znajdowali w pierwszych okresach twardziny skóry zwiększone napięcie układu współczulnego i nadmierną wrażliwość na adrenalinę, jak również i obecność istot, rozszerzających źrenicę, w surowicy krwi. Badania te potwierdza również i Reines w dwu przypadkach twardziny skóry. Natomiast przy wyleczeniu się z tego cierpienia lub zmniejszaniu się jego objawów, wreszcie i w późniejszych okresach stwierdzali ci sami autorzy brak wymienionych istot we krwi, natomiast znacznie szybsze i silniejsze działanie pilokarpiny, zatem przejście z sympatykotonii do wagotonii. Prócz tego Reines stwierdził w swoich przypadkach zwiększone wydzielanie cukru, co wskazywałoby na pewną niedomogę trzustki.

Przeciw tym wszystkim poglądom oświadcza się stanowczo Falta; wszelkie zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania przy twardzinie skóry są, według niego, tylko zmianami wtórnemi.

Na ostatniem wreszcie miejscu w rzędzie przyczyn, mogących wpłynąć na powstawanie twardziny skóry, stoją czynniki zakaźne, o których tu wspomnieć muszę, choć mają one znaczenie bardzo problematyczne. A więc kiła ma jakoby odgrywać pierwszorzędną rolę w powstawaniu twardziny skóry, więc sprawy gruźlicze w przewodzie pokarmowym mają do niej usposabiać. Grasset i Zambaco uważają twardzinę skóry za pewną formę trądu. Hoppe-Seyler, Dinkler, Wolters znajdowali przy niej różne drobnoustroje — niestety jednak żaden z nich nie mógł wywołać zmian, chociażby trochę podobnych do twardziny skóry. Również i Krzyształowicz przypuszcza istnienie jakiegoś czynnika zakaźnego.

Po tych ogólnych uwagach przechodzę do opisania przypadku twardziny skóry, którego sekcyę wykonałem i w którym przeprowadziłem dokładne badania drobnowidowe. Przypadek ten klinicznie został opisany w Nr 12 z r. 1916 »Przeglądu lekarskiego« przez kol. Demianowskiego, który zbadał go wyczerpująco w początku r. 1914. Wobec tego co do klinicznej strony tego przypadku powołam się tylko na wyżej wspomnianą pracę, tu zaś przypomnę tylko najbardziej charakterystyczne cechy i szczegóły.

1. Twardzinę skóry rozpoznano u chorej już w r. 1910 w Zakładzie Steinhof — znajduje się o tem jednak w historyi choroby z tego Zakładu jedynie sucha wzmianka, w postaci jednego słowa: »Sclerodermia« bez żadnego opisu.

2. Opis kol. Demianowskiego, co do skóry, brzmi:

»Skóra bez zmian wybitnych na twarzy. Od szyi począwszy, w kierunku ramion i piersi coraz twardsza, coraz mniej sprężysta. Na skórze brzucha, przedramion i na palcach rąk zmiany te dochodzą do najwyższego stopnia: skóra nieco zaczerwieniona, o ciepłocie takiej samej, jak ciepłota miejsc niezajętych sprawą chorobową, twarda, zbita, napięta, niepodatna; na przedramieniu i palcach zrosła prawdopodobnie z tkankami głębszemi, nie da się ująć w palce. Końcowe człony palców skrócone, paznokcie częściowo zniekształcone i szponowato zagięte, częściowo zanikłe, w postaci drobnych blaszek. Na kończynach dolnych zmiany znacznie mniejsze; skóra daje się ująć w fałd, nieco zbitsza i twardsza na grzbiecie stóp. Paznokcie bez zmian. Sinica stóp. Posunięcie główką szpilki po miejscach schorzałych pozostawia po sobie dość długo trwającą smugę białawą (dermografia biała). Na plecach niema żadnych zmian. Skóra śniadawa, nie okazuje wyraźniejszych zmian w pigmentacyi«. Na tej podstawie rozpoznał autor: »sclerodermia diffusa, stadium indurativum«.

3. Z innych objawów kol. Demianowski stwierdził, co następuje:

a) Typowe zęby tężyczkowe, z poprzecznem prążkowaniem siekaczy, wystające znacznie z dziąseł w szczęce dolnej.

b) Cataracta punctata oculi utriusque.

c) Lekkie drżenie języka.

d) Zmiany chorobowe na skórze nie odpowiadają ani przebiegowi nerwów, ani segmentom rdzenia.

e) Wassermann + + +.

4) Przy badaniu krwi u tej chorej za życia stwierdziłem zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi (7,175.000), nieliczne czerwone ciałka z jądrami, zwiększenie ilości komórek eozynochłonnych (12%).

(Dokończenie nastąpi).

Praca fizyczna, jako czynnik leczniczy w uzdrowiskach dla gruźliczych na zachodzie.

Podał

Dr Ant. Kuczewski z Zakopanego.

(Dokończenie).

Leczenie pracą fizyczną w innych krajach.

Najpierw wspomnieć powinienem o Stanach Zjednoczonych Północnej Ameryki. Tu wogóle wzorują się w walce z gruźlicą na W. Brytanii. Energia wszakże i pomysłowość rasy anglosaksońskiej, zamieszkałej po tamtej stronie oceanu, nieraz w tym względzie prześciga wzory, wzięte od pobratymców z Europy. Wyjątek stanowi zakres stosowania pracy fizycznej w uzdrowiskach dla gruźliczych.

Ile mogę wnosić ze sprawozdań ludowych sanatoryów stanu Massachusetts (25), który obok stanu New York idzie na czele innych w walce z gruźlicą, leczenie pracą fizyczną odgrywa tu znacznie mniejszą rolę, niż w W. Brytanii. Tosamo da się powiedzieć o prywatnem uzdrowisku F. M. Pottengera w Monrovii w stanie California (7). W zakładach tych poza umiarkowanemi ćwiczeniami w postaci przechadzek stosują tylko lekką pracę w postaci sprzątania pokojów, stołów, strzyżenia trawy i pracy w ogrodzie.

Z innych krajów w Europie poza ojczyzną Bodingtona najszersze zastosowanie znalazła praca fizyczna w duńskich uzdrowiskach. Pisząc o walce z gruźlicą w krajach skandynawskich [6]) miałem już sposobność zaznaczyć, że we wszystkich 8 ludowych sanatoryach Danii leczenie pracą fizyczną w mniejszym lub większym stopniu zostało uwzględnione.

We wspomnianem już uzdrowisku dla średniozamożnych, pod nazwą Vejlefjord, pozostającem pod wytrawnym kierunkiem prof. Chr. Saugmana, wprowadzono oddawna, na wzór Brehmerowskiego Görbersdorfu, tylko stopniowo wzrastające przechadzki po ścieżkach o łagodnem wzniesieniu i spadzie. Ścieżki te, rozrzucone po obszernym terenie zakładu, są ściśle wymierzone i noszą nazwy znakomitych ftizyologów. Od Bodingtona, Brehmera, Villemina poczynając i kończąc na R. Kochu i Th. Williamsie wszyscy wybitniejsi znawcy gruźlicy zostali tu uwzględnieni. W czasie swojej przeszło miesięcznej pracy w tem uzdrowisku przypatrzyłem się bliżej stosowanym w niem dawkowanym ćwiczeniom fizycznym. Przypuszczam, że gdyby nie poprzestano na nich wyłącznie, a rozszerzono bardziej zakres pracy fizycznej, to wyniki leczenia byłyby tu jeszcze lepsze, niż są obecnie.

W ludowych natomiast sanatoryach duńskich właściwa praca fizyczna znalazła w ogólnym planie leczenia o wiele poczestniejsze miejsce. W czasie zwiedzania tych zakładów w zimie 1914 r. przekonałem się wszakże, że tak pod względem zakresu, jak systematyczności, — uzdrowiska duńskie pod tym względem zostają daleko w tyle poza wielkobrytyjskiemi. W duńskim systemie leczenia przeważa wszędzie leżenie nad ruchem. Ruch stanowi niejako uzupełnienie leżenia. Tylko w Nakkebölefjord Sanatorium, gdzie po Vejlefjordsanatorium pracowałem najdłużej, w kierowniku tegoż, Dr O. Helmsie, znalazłem wybitnego znawcę i wytrwałego propagatora systematycznego leczenia pracą fizyczną. Prowadząc zakład, przeznaczony wyłącznie dla kobiet, lekarz ten wypracował (12) i w czyn wprowadził plan leczenia pracą fizyczną w zastosowaniu do chorych płci żeńskiej. Mimo znacznie większe trudności wyszukania odpowiedniego terenu pracy dla kobiet, Helms potrafił rozwiązać to zadanie znakomicie. Zorganizowana przez niego praca w szwalni, introligatorni, w jadalni, przy myciu oraz czyszczeniu naczynia, sprzątaniu pokojów, usługiwaniu słabszym koleżankom w leżalni, w ogrodzie i przy hodowli ptactwa, idzie karnie, systematycznie i sprężyście. Przyjęte tu główne zasady opiewają: popierwsze, że praca jest doniosłym czynnikiem leczniczym, a powtóre, że stanowi ona obowiązek dla wszystkich chorych bez różnicy wieku i stanu.

Przy sposobności tego podstawowego przepisu, przyjętego w Nakkeböle Fjord-sanatorium podkreślić należy, że prawdopodobnie w duńskich uzdrowiskach wogóle stosowanie pracy fizycznej nie idzie zbyt łatwo, jeżeli zaszła potrzeba aż ustawodawczego wkroczenia w tę sprawę w postaci osobnego (ósmego) paragrafu w prawie z dnia 10 maja 1912 r., który opiewa, że chorzy w sanatoryach ludowych obowiązani są pracować według przepisu i uznania lekarza.

W Niemczech idzie ta sprawa jeszcze oporniej. Na 149 (26), względnie na 151 zakładów leczniczych, jeżeli zaliczyć do nich niemieckie uzdrowisko i kolonię w Szwajcaryi, zdołałem naliczyć tylko 16 zakładów, w których uwzględniono ruch, jako czynnik leczniczy, w tem jedno sanatoryum dla dzieci w Hohenlychen. W tej liczbie znajduje się też jedyne uzdrowisko prywatne Dr Schrödera w Schömbergu, gdzie na małą skalę wprowadzono ćwiczenia gimnastyczne. Poza tymi dwoma zakładami, które też w swoim czasie zwiedziłem, w następujących sanatoryach stosują ruch, jako czynnik leczniczy: 1) Sanatoryum ludowe w Grabowsee w Prusach. 2) Takież sanatoryum w Kottbus tamże. 3) Takież sanatoryum w Müllrose tamże. 4) Takież sanatoryum Dr Weickera w Görbersdorfie na Śląsku Górnym. 6) Takież sanatoryum pod nazwą Albertsberg w Saksonii. 6) Takież sanatoryum w Carolagrün tamże. 7) Sophien-Heilstätte w księstwie Heskiem. 9) Sanatoryum dla żołnierzy w Detmold. 10) 11) Dwie wiejskie kolonie: w Sannum w Oldenburgu i Stübeckhorn w prowincyi Hannowerskiej. 12) Kolonia Agra około Lugano w Szwajcaryi. 13) Deutsche Heilstätte w Davos i 14) Ueberruh bei Isny w Wirtembergii. W ostatnich dwóch bawiłem czas dłuższy w czerwcu r. 1913.

Jeżeli głębiej wejrzeć w tę sprawę, to widzi się wyraźnie, że większość ftizyologów niemieckich, hołdując bez dostatecznego krytycyzmu zasadom Dettweilera, zapatruje się sceptycznie co najmniej na lecznicze znaczenie ruchu wogóle, a pracy fizycznej w szczególności. Nahm na II niemieckim Zjeździe przeciwgruźliczym w r. 1904 (10) był najwymowniejszym rzecznikiem przeciwników tego sposobu leczenia. Nie przytaczając nic za nim, wysuwa on przeciwko niemu takie zarzuty: 1) Nawet przy lekkiej pracy w ogrodzie może chory łatwo przekroczyć miarę. 2) Łatwo może przeziębić się. 3) Praca ręczna zmusza do pochylonego trzymania ciała, co przeszkadza należytemu oddychaniu. 4) W ludowych sanatoryach chorzy a warstw pracujących mają mieć właśnie pożądanie odpoczynku, a nie pracy. 5) Krótki czas trwania leczenia w niemieckich sanatoryach ludowych nie pozwala na przeprowadzenie systematycznego leczenia pracą fizyczną. 6) Nawet w tych przypadkach, gdzie przed upływem tego krótkiego czasu chory wyleczy się, praca może grozić niebezpieczeństwem nawrotu choroby.

Ten szósty zarzut jest najcharakterystyczniejszy. Wobec niego błędną i stają się niepotrzebne inne. Wygląda stąd wyraźna, nie oparta na rzeczowych dowodach niechęć do nowego systemu leczenia. Ogółowi niemieckich specyalistów od gruźlicy brak wprost dobrej woli do wyjścia poza wygodny szablon, stworzony przez Dettweilera.

Byłoby wszakże dziwnem, gdyby w ojczyźne Brehmera brakło zupełnie zwolenników leczenia pracą fizyczną. We wstępie do tej pracy wyliczyłem najwybitniejszych. Żyje jeszcze dotychczas Dr F. Wolff, twórca i kierownik jednego z najstarszych prywatnych sanatoryów w Niemczech, Reiboldsgrün (21), położonego w Saksonii, i prezes Saskiego towarzystwa budowy ludowych sanatoryów dla gruźliczych. Bezpośrednim jego wpływom zawdzięczać należy, że w dwóch uzdrowiskach, do wymienionego Towarzystwa należących, Albertsberg, przeznaczonem

[6]) Lwowski »Głos lekarzy« z r. 1914, Nr 10 i 12.

dla mężczyzn i Carolagrün dla kobiet, praca fizyczna znalazła, jak na Niemcy, szerokie zastosowanie. Dr Wolf, jak już wyżej zaznaczono, stara się przeprowadzać ideę tego leczenia. Ale, jak widzieliśmy, słabo przyjęła się ona na gruncie niemieckim. Nawet ci lekarze, którzy rozumieją doniosłość tego sposobu leczenia, natrafiają na nieprzezwyciężone przeszkody. Wobec nich osławiony rygor niemieckich sanatoryów stoi bezsilny i bezradny. Chodzi tu o zasadnicze tło spółczesnego życia społecznego w Niemczech. Rygor, oparty na systemie koszarowym, a nie na zaufaniu obustronnem lekarza i chorego, nie może przekonać chorego o leczniczem znaczeniu pracy fizycznej. Chory rozpolitykowany i przed wstąpieniem jeszcze do sanatoryum uprzedzony do wszystkiego, co pochodzi od t. zw. klas uprzywilejowanych, nie chce i nie może widzieć w lekarzu nic więcej, jak zwierzchnika. »Praca nabawiła mię choroby. Nie wierzę, aby ona mogła mi pomódz. Zresztą, jeżeli ona ma leczyć, dlaczego lekarze nie stosują jej w zakładach dla zamożnych?«, odpowiada stale i uparcie taki chory na wszystkie nalegania i nakazy lekarza. Wytwarza się w uzdrowiskach, zwłaszcza męskich, nieznośny wprost nastrój, który najlepiej charakteryzuje sam Wolf. Przytaczam dosłownie i bez tłumaczenia zdanie tego weterana niemieckiego ruchu przeciwgruźliczego o spółczesnych stosunkach w tamtejszych sanatoryach ludowych; zdanie to wypowiedział Wolf w grudniu roku 1913 (28). »Leider aber stört bei den Männern des Arbeiterstandes die leidige Politik das vertrauensvolle Verhältnis zum Arzt. Diese Politik wird in die Ruhe und Stille der Heilstätten hineingetragen, erregt die Gemüter der Leidenden und führt dazu, dass statt des Vertrauens Misstrauen bei den Kranken herrscht und an Stelle eines freundlichen Empfindens dem Arzt gegenüber gar ein feindliches tritt. Dadurch werden die Männer des Proletariats zum undankbarsten Material des Heilstättenarztes«.

Trzecią wielką przeszkodą do stosowania pracy fizycznej w niemieckich uzdrowiskach ludowych, jak to już zaznaczył Nahm, jest krótkość czasu leczenia, owe osławione 100 dni, jakie przeznaczają urzędy ubezpieczenia społecznego dla tego rodzaju zakładów. Taka biurokratyczna, nie licząca się zgoła z życiem formułka, nigdzie, w żadnym poza Niemcami kraju nie znalazła zastosowania.

Naturalnie przy wyliczonych warunkach, jeżeli nie niemożliwą, to bardzo trudną jest rzeczą przeprowadzić stopniowo i systematycznie leczenie pracą fizyczną. Wszędzie też, gdzie je spostrzegałem, n. p. w Ueberruh bei Isny i w niemieckiem sanatoryum w Davos, stanowiło ono tylko dodatek do leczenia spokojem. Ten panuje tu wszechwładnie. Przytoczone niżej tablice godzin werandowania, w największej i najmniejszej ilości stosowanego w niemieckich uzdrowiskach, oraz tablice porządku dnia w tych sanatoryach, gdzie praca fizyczna istnieje, najdowodniej wykażą, jak mało dla tej pracy pozostaje miejsca. Według Nahma (10) werandowanie powinno trwać najkrócej w ciągu następujących godzin: 8—9, 12—1, 2—4, 6—7, 8—9, najdłużej zaś: 8—10, 10·30—1, 2—4, 4·30—7, 8—9.

Następnie podaję porządek dnia w dwóch uzdrowiskach, w których praca fizyczna znalazła zastosowanie, z rozmaitych krajów Rzeszy Niemieckiej.

Tabl. IX.

Ueberruh bei Isny (Wirttembergia).

6·45	Wstawanie z łóżka.
7·30	Śniadanie.
9—9·45	Weranda.
10·—	Przerwa.
10·30—12	Weranda i dla niektórych praca.
12·30	Obiad.
1·45—3·45	Weranda.
4·—	Kawa.
5—6·45	Weranda.
7·—	Wieczerza.
8·30	Mleko, po niem łóżko.
9·30	Gaszenie światła.

Tabl. X.

Grabowsee (Prusy).

6·30	Wstawanie, słanie łóżek.
7·30	Kawa.
7·45—9·30	Natryski, nacierania, kąpiele, inhalacye.
9·30	Śniadanie.
10—12	Weranda, kąpiele powietrzne.
10—12	Dla niektórych praca.
12·15	Obiad.
1·30—3·30	Weranda.
4·—	Kawa.
5—7	Weranda; dla niektórych praca.
7·30	Wieczerza.
8·30	Mleko.
9·30	Gaszenie światła.

Wobec wyłuszczonych trudności i przeszkód, na jakie leczenie pracą fizyczną natrafia w niemieckich sanatoryach, niektórzy jego zwolennicy pragną je forsować, zachęcając do niego chorych wynagrodzeniem. W niektórych zakładach płacą po 10—15 fenigów za godzinę pracy. Nie trzeba chyba dodawać, że całej sprawie więcej to szkodzi, niż pomaga, bo budzi w chorych jeszcze większe wątpliwości co do leczniczej wartości pracy fizycznej.

O wiele lepiej od pracy fizycznej stoi w niemieckich uzdrowiskach gimnastyka oddechowa. Nawet bezwzględni przeciwnicy pracy fizycznej, jak n. p. wymieniony już kilkakrotnie Nahm, dość chętnie przystają na stosowanie gimnastyki oddechowej. Żeby rozwinąć znajdujące się w sąsiedztwie zagęszczonych chorobowych ognisk zapadnięte całe zraziki i oddzielne pęcherzyki płucne, oraz żeby polepszyć warunki obiegu krwi w tych miejscach, stosują pewne ćwiczenia oddechowe, mając na względzie stronę, bardziej dotkniętą chorobą. W tym celu dwa albo trzy razy na dzień, po 15 minut za każdym razem, zalecają chorym robić po 16—20 głębokich ruchów oddechowych na minutę. W ten sposób wypada po 240—300 ruchów na jedno ćwiczenie i 480—900 w ciągu dnia. Najlepiej, jeżeli tę gimnastykę odbywa się na otwartem powietrzu. W czasie ćwiczeń trzyma się ręce w trojaki sposób: wyciągnięte wzdłuż ciała, założone na krzyż z tyłu głowy albo zgięte w łokciach, z laską, umieszczoną z tyłu ciała w tych zgięciach. Najwyższy stopień tego rodzaju gimnastyki stanowią ćwiczenia z coraz większymi ciążkami (niewątpliwie nieodpowiednie).

Aby skończyć z Niemcami, nadmienić trzeba, że posiadają one dla ozdrowieńców dwie kolonie wiejskie: Sannum w Oldenburgu (33) i Stübeckhorn w prowincyi Hannowerskiej. W tych zakładach stosują pracę na roli, ale nie tak systematycznie, jak w W. Brytanii. Nadto nie mają te kolonie stałych lekarzy.

Przechodząc do S z w a j c a r y i, tyle tylko można o niej powiedzieć, że poza wspomnianem już kilkakrotnie niemieckiem uzdrowiskiem w Davos i kolonią w Agna koło Lugano spotkałem się z pracą fizyczną w zwiedzonem w maju r. 1913 najstarszem szwajcarskiem sanatoryum w Heiligenschwendi w kantonie Bern. Dzielny długoletni jego kierownik, Dr Kaeser, już od r. 1904 wprowadził tu pracę fizyczną. O zakresie zaś jej stosowania niech powie on sam: »Chorzy pracują u mnie niezbyt chętnie. Jeżeli panuje pogoda, to najulubieńszym rodzajem pracy latem jest koszenie przy obnażonej do pasa górnej połowie ciała. Pracować pozwalam najwyżej w ciągu 1—4 godzin dziennie. Zresztą s y s t e m a t y c z n i e stosować tego środka nie mogę«. Są to słowa listu z d. 31 marca r. 1914, do mnie w tej sprawie pisanego.

W innych uzdrowiskach szwajcarskich, n. p. Knoblisbühl w kantonie St. Gallen, jeżeli nawet ruch jest stosowany, to ogranicza się on, jak sam na miejscu się przekonałem, do przechadzek po przeprowadzonych serpentyną na stoku górskim ścieżynach.

Z pozostałych krajów europejskich pracują wedle sił suchotnicy w schroniskach n o r w e s k i c h i s z w e d z k i c h, ale o leczeniu trudno tu mówić. Względy na odosobnienie i względy gospodarcze stoją tam na pierwszem miejscu, zaciemniając prawie zupełnie stronę leczniczą. Znalazłem też parę niejasnych wzmianek o pracy fizycznej, stosowanej w koloniach dla gruźliczych na południu F r a n c y i, ale na podstawie ich nic określonego nie potrafiłbym powiedzieć.

Mimo, że to wykracza poza ramy poruszonego tematu, należy zaznaczyć, że w Polsce praca fizyczna od r. 1911 znalazła możliwie systematyczne zastosowanie w dwóch uzdrowiskach Królestwa Polskiego: w Rudce i Leśniczówce. Dr T. Budzyński (34) na podstawie zdobytych wyników, zwłaszcza w tem drugiem uzdrowisku, zachęca do dalszej pracy w tym kierunku.

Przechodząc do o c e n y l e c z e n i a pracą f i z y c z n ą c h o r y c h n a g r u ź l i c ę p ł u c na podstawie doświadczenia, zdobytego w uzdrowiskach zachodu, zwłaszcza W. Brytanii,

gdzie ono jest, jak to starałem się wyżej udowodnić, najdokładniej opracowane, zgadzam się w zupełności z Dr Budzyńskim, że powinna ona być stosowana przedewszystkiem oględnie. Rozumiałbym wszakże tę oględność w znaczeniu, jakie jej nadają w tym względzie lekarze wielkobrytyjscy, zwłaszcza Paterson i Philip. Innemi słowy, chorzy do tego rodzaju leczenia powinni być skrupulatnie dobierani. Najdokładniej i najłatwiej się tego dokonywa przy koordynacyi opieki-przychodni ze szpitalem i uzdrowiskiem dla gruźliczych, jakiej wzór widzimy w Edynburskim systemie walki z gruźlicą (22). Następnie praca fizyczna powinna być jak najsubtelniej dawkowana i przez to samo dozór lekarski nad przeprowadzeniem tego leczenia powinien być jak najściślejszy, o wiele troskliwszy, niż przy leczeniu spokojem. Dla jakiegokolwiek szablonu niema tu zgoła miejsca; każdy krok chorego powinien być lekarzowi wiadomy. Wymagana jest tutaj od lekarza duża umiejętność, wprawa, doświadczenie i gorliwość. Praca lekarza podwaja się w porównaniu z pracą lekarzy w uzdrowiskach z »Liegekur«, bo żaden najlżejszy objaw przepracowania u chorego nie powinien ujść uwagi lekarza. Stąd sam przez się wypływa wniosek, że praca fizyczna może być stosowana tylko w sanatoryach i że z jej wprowadzeniem liczba lekarzy, wobec zwiększonego znacznie dozoru i pracy, powinna być pomnożona w porównaniu ze stanem obecnym, gdy ogólnie prawie na kontynencie Europy panuje leczenie spokojem.

Te wszystkie zastrzeżenia ujawniają jedną z najważniejszych ujemnych stron leczenia pracą fizyczną, która polega na łatwości przekroczenia miary leczniczej.

Dodatnie wszakże strony tego leczenia, stwierdzone dostatecznie doświadczeniem W. Brytanii, są tak znaczne i liczne, że chyba nie może być wątpliwości w jego użyteczność, jeżeli naturalnie kombinować je z leczeniem spokojem. Zalety tego sposobu leczenia polegają przedewszystkiem na tem, że praca fizyczna hartuje ustrój w przeciwieństwie do spokoju, który go wydelikaca.

Większości chorych przybywa na wadze. Przybytek ten, jak zauważono w sanatoryach W. Brytanii, jest nierównie trwalszy, niż przy leczeniu spokojem, bo opiera się nie na przyroście tłuszczu, ale na rozwoju tkanki mięśniowej. Oddychanie, obieg krwi w płucach poprawiają się. Działalność serca wzrasta. Co zaś najważniejsze, zwłaszcza dla uzdrowisk ludowych, to, że praca fizyczna ułatwia choremu bezpośrednie przejście ze stanu rekonwalescencyi do uprawiania zawodu.

W czasie samego leczenia praca fizyczna, celowo zorganizowana, dodatnio wpływa na stan duchowy chorego. Każdy, kto pracował w sanatoryum dla gruźliczych, wie dobrze, jak często zachodzą zaburzenia w stanie nerwowoduchowym takich chorych. Bezczynne życie przy leczeniu samym spokojem tylko bardziej zwiększa przygnębienie i niedomogę nerwową u chorych, natomiast praca odrywa ich myśli od trapiącej choroby, daje poczucie siły i wiarę w wyzdrowienie.

Dla każdego nieuprzedzonego oględne i umiejętne stosowanie pracy fizycznej u gruźliczych posiada tyle stron dodatnich, że nic dziwnego, iż na szóstym Zjeździe przeciwgruźliczym w Waszyngtonie w r. 1908 przedstawiciel niemieckiego Centralnego Komitetu walki z gruźlicą prof. Pannwitz (19), którego nikt o brak oględności i zbytni zapał do stosowania pracy fizycznej posądzać nie może, uczynił między innemi następujący wniosek: »Równocześnie z higienicznodyetetycznem leczeniem i stosowaniem spokoju powinna być w sanatoryach ludowych wprowadzona praca fizyczna na otwartem powietrzu pod dozorem lekarza. Praca ta powinna być tak zorganizowana, aby dzieciom ułatwiała wybór, u dorosłych zaś zmianę zawodu«. Pisząc się zupełnie na ogólne brzmienie tego wniosku, byłbym za wprowadzeniem do niego poprawki, aby uzdrowiska starały się za pomocą leczenia pracą fizyczną przywrócić zdolność całkowitego powrotu do uprawianego zawodu. W tych przypadkach, gdzie ze względu na stan zdrowia staje się to niemożliwem, należy zakładać wiejskie kolonie z pracą na roli w celu ułatwienia zmiany zawodu. Przykład Edynburskiej Farm Colony (22) daje dowód, że jest to wykonalne.

Inne uzdrowisko w Anglii, Benenden, daje wzór szczęśliwego połączenia właściwego sanatoryum z kolonią. Na obszernym terenie, obejmującym 250 akrów gruntu (100 hektarów), można poza innymi rodzajami stopniowanej pracy stosować też prace na roli. Urządzenie całego zakładu jest proste, ale higieniczne. Budowa kosztowała niezwykle tanio, bo po 145 funtów sterlingów czyli 2900 marek za łóżko, włączając w to już kupno gruntu. Koszt utrzymania wynosi około 100 szylingów (100 marek) miesięcznie (38).

Przypuszczałbym, że ten typ zakładu leczniczego dla gruźliczych, oparty przeważnie na leczeniu pracą fizyczną, kombinowaną z częstym odpoczynkiem, znajdzie najszersze zastosowanie w przyszłości, zwłaszcza w takich, jak nasz, krajach. Dr Rubel oddawna propaguje ten rodzaj sanatoryów w Rosyi, w Anglii też młodsi ftizyologowie przywiązują do leczenia pracą fizyczną gruźliczych wielką wagę. Dr I. E. Esslemont w szeregu artykułów (35, 36 i 37) roztacza zajmujące plany, jak typ Benendeńskiego zakładu rozwinąć w osobne obszerne wiejskie kolonie dla gruźliczych. W tych koloniach upatruje Esslemont rozwiązanie zadania, jak udostępnić leczenie i odosobnienie wszystkim, nawet najmniej zamożnym, kto tylko zapadł na gruźlicę.

Mimo wszakże wszystkie zalety leczenia pracą fizyczną, nie należy zapoznawać znacznych trudności, połączonych z jego wprowadzeniem i prowadzeniem. Poza wymienioną już trudnością pod względem wykwalifikowania i dozoru lekarskiego nie mniejsze zajdą z wyborem terenu i organizacyi pracy. Przedewszystkiem sanatoryum powinno posiadać dostateczny teren dla założenia pólek i ogrodów. Nabycie potrzebnego na to gruntu może pociągnąć zwiększenie kosztów urządzenia i budowy. Ale przykład Benenden dowodzi, że tę przeszkodę można pomyślnie przezwyciężyć. Następnie klimat i położenie sanatoryum wywieraja wybitny wpływ na organizowanie leczenia pracą fizyczną. W górach ze względu na nierówny teren i surowy klimat nierównie jest trudniej zorganizować ciągłą pracę bez różnicy pory roku, niż w nizinach i w klimacie południowym. Tu wypadnie nieraz borykać się z wielkiemi przeszkodami, aby zapewnić ciągłość leczenia.

Dalej, w sanatoryach dla inteligencyi należy się liczyć z poziomem kultury i przesądami, panującymi w każdem społeczeństwie. U nas n. p., jak tego dowodzi przykład uzdrowiska w Rudce (34), praca fizyczna napotyka na opór i niechęć wówczas, gdy w W. Brytanii, jak to wyżej starałem się wykazać, inteligencya w pracy szuka lekarstwa na swoją chorobę na równi z robotnikami.

Co do robotników, to, jak widzieliśmy na przykładzie szczególniej Niemiec, a czego można obawiać się dla naszych również stosunków, mogliby oni okazywać opór i niechęć, nieraz nieprzezwyciężone.

Nareszcie ważną jest sprawa wynagrodzenia za prace. O ile we wszystkich koloniach dla ozdrowieńców jest ono zupełnie na miejscu, o tyle byłbym jego przeciwnikiem w uzdrowiskach. Jeżeli pracę fizyczną stosuje się, jako czynnik leczniczy, to tak za nią, jak za leżenie na werandzie, jak za wstrzykiwania tuberkuliny, nie powinno się choremu płacić.

P r a c a f i z y c z n a, według zasady angielskiej, p o w i n n a b y ć o b o w i ą z k o w ą, a l e n i e p r z y m u s o w ą. Chory w sanatoryum powinien do niej przystępować z głębokiem przeświadczeniem o jej doniosłem znaczeniu leczniczem. Jeżeli stosunek chorego do lekarza będzie oparty na zaufaniu, nie zajdzie potrzeba używania innej zachęty ponad przekonywanie i życzliwą radę.

Piśmiennictwo. 1) Dr R. W. Philip: Rest and Movement in Tuberculosis. Edinb. 1911. — 2) Tenże: The Anti-Tuberculosis Programme: Coordination of Preventive Measures. Odczyt na Zjeździe w Waszyngtonie. — 3) Tenże: Scotish Med. and Surg. Journ. Styczeń 1900. — 4) Dr M. S. Paterson: Procedings of Sect. II Sixth Internat. Congr. on Tubercul. Washington, 1908. — 5) Dr A. C. Inman: Tamże. — 6) Dr C. Theodore Williams; Sixth National Congr. on Tuberculosis. Philadelphia, 1908. — 7) Dr F. M. Pottenger; Tamże, gdzie 4. — 8) Rozprawy nad leczeniem w uzdrowiskach w II Sekcyi VI Zjazdu przeciwgruźliczego w Waszyngtonie w r. 1908. — 9) George Bodington: Selected Essays and Monographs, wydane przez »New Sydenham Soc.« tom 172. — 10) II Versammlung der Tuberkuloseaerzte 24—26. XI. 1904. Berlin. — 11) VII Versammlung der Tuberkuloseärzte 1910. Karlsruhe 1910. — 12) O. Helms: Ztschr. f. Tubrk., tom XVI, zesz. 4. — 13) Sprawozdania duńskiego Nationalforeiningen Sil Tuberkulosens Bekaempelse z lat 1912—13 i 1913—14. — 14) Sprawozdania z duńskiego Veilefjord Sanatorium z lat 1910, 1911, 1912 i 1913. — 15) Sprawozdania z duńskiego Boserup Sanatorium od r. 1904 do 1912. — 16) Georg Liebe: Vorlesungen über Tuberkulose. Münch. 1909. — 17) Ch. Bäumler: Zeitschr. f. Tubrk., 1912, str. 521. — 18) F. Wolff: Ztschr. f. Tbrk. tom 21, zeszyt 5, 1913. — 19) Prof. G. Pannwitz: Sixth Internat. Congr. in Washington. Procedings of Section II. — 20) Tad. Budzyński: Gaz. lek. 1913, Nr 45. — 21) Ant. Kuczewski: Przegl. lek. 1914, Nr 5 i 6. — 22) Tenże: Zdrowie Nr 5, 1914. — 23) Halliday Sutherland: The Control

and Evadication of Tuberculosis. Edinb. 1911. — 24) F. Rufenacht Walters: The Open-Air or Sanatorium Treatment of Pulmonary Tuberculosis. London 1909. — 25) Massachusetts Hospitals for Consumptives. Sixth annuel report. Boston 1913. — 26) Uebersicht über die deutschen Heilstätten für Lungenkranke im Frühjahr 1913. — 27) Prof. Nietner: Deutsche Lungenheilstätten in Wort und Bild. Berl. 1913. — 28) F. Wolff: Ztschr. f. Tbrk., grudzień 1913. — 29) Sprawozdania uzdrowiska Ueberruh bei Isny z r. 1910, 1911 i 1912. — 30) Sprawozdania uzdrowiska Heiligenschwendi od r. 1898 do 1912 r. — 31) Sprawozdania Deutsche Heilstätte für minderbemittelte Lungenkranke in Davos z r. 1905, 1906 i 1912. — 32) Kurregler og Husorden paa Vejlefjord-Sanatorium. — 33) Aus dem Verwaltungsbericht der Landesversicherungsanstalt Oldenburg für 1912. — 34) T. Budzyński: Gaz. lek. 1913, Nr 45. — 35) I E. Esslemont: The Medical World z d. 7. sierpnia 1913. — 36) Tenże: The Brit. Journ. of Tuberculosis. Vol. VIII, Nr 1. — 37) Tenże: The Tuberculosis Yar Book 1913—1914, Lond. — 38) C. H. Garland: Memorandum na str. 50 dzieła Final Report of the Departmental Commitee on Tuberculosis, tom II, Lond. 1913.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 10. V. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 25.

1) Przewodniczący oznajmił o śmierci Dr Józefa Krzyszkowskiego, dyrektora szpitala krajowego św. Łazarza i w krótkich słowach scharakteryzował jego działalność. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

3) Kol. Latkowski przedstawił chorych na **nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych, leczone wstrzykiwaniami protargolu** do kanału kręgowego.

4) Kol. Piltz przedstawił 4 przypadki **nerwicy urazowej** z identycznym objawem drżenia głowy, wywołanym d. 28. IV. b. r. przez przysypanie ziemią od wybuchu granatów. Drżenie wystąpiło po odzyskaniu przez chorych przytomności, którą utracili na przeciąg od 3 do 12 godzin.

5) Kol. Frączkiewicz wygłosił wykład p. t. **Rzut oka na przebieg epidemii duru brzusznego w okresie wojny 1914—1916**. Spostrzegane przez siebie epidemie duru brzusznego dzieli prelegent na trzy okresy. Okres pierwszy, poprzedzony epidemią czerwonki, obejmuje czas od sierpnia r. 1914 do końca lutego 1915; na okres ten przypada ³/₄ wszystkich przypadków duru, leczonych w szpitalu epidemicznym twierdzy, prowadzonym przez prelegenta. Okres ten charakteryzuje się dość znaczną śmiertelnością (15·8%), częstemi powikłaniami, niezwykłym torem gorączkowym przerywanym, trwającym niejednokrotnie dłużej, niż trzy tygodnie. Z powikłań bywały najczęstsze: zaburzenia w układzie krwionośnym (osłabienie mięśnia sercowego, zakrzepy, zapalenie wsierdzia i t. d.), zaburzenia narządów oddechowych (zapalenie krtani, oskrzeli, płuc i opłucnej), wreszcie zaburzenia narządów trawienia (krwotoki jelitowe, zapalenie otrzewnej, pęknięcie jelita i t. d.). Okres drugi przypada na czas od początku marca 1915 do października 1915 r. W okresie tym odsetek śmiertelności pozostał ten sam, liczba przypadków durowych zmniejszyła się, głównie dzięki zdobytemu doświadczeniu w walce z epidemią oraz urządzeniom sanitarnym. Podniosła się liczba przypadków duru po ofenzywie majowej r. 1915. Większość przypadków z tego okresu dotyczy jeńców wojennych. Przebieg choroby w tym okresie był łagodniejszy, powikłania mniej częste; zauważyć się to dało zwłaszcza u chorych, zaszczepionych przeciw durowi. Okres trzeci od listopada 1915 do końca marca r. 1916 jest tak pod względem ilości, jak i jakości duru brzusznego znacznie łagodniejszy, śmiertelność wynosiła 13·6%. Przypisać to należy odsunięciu się frontu bojowego oraz szczepieniom ochronnym.

W związku ze spostrzeganemi epidemiami omawia prelegent urządzenia szpitalne, organizacyę lekarską oraz leczenie, stosowane w epidemicznym szpitalu twierdzy l. 1. Szpital ten, urządzony na 800 łóżek, stanowił centralę, w której zgłaszano wszystkie przypadki podejrzane o choroby zakaźne, rozdzielano je do poszczególnych oddziałów i szpitali. Szpital ten zajmował się także przewożeniem tych chorych i odkażeniem ubikacyi, z których chorzy przybyli. Przyjętych chorych umieszczano na oddziale obserwacyjnym. Prawie bez wyjątku rozpoznanie duru oparto na badaniu bakteryologicznem. Nie poprzestawano na próbie aglutynacyjnej Gruber-Widala, lecz starano się o uzyskanie prątka durowego ze krwi, ewent. z osutki. Aglutynacyę 1:40 uważano za wątpliwą nawet w pierwszym okresie epidemii, w którym nie szczepiono przeciw durowi. Hodowle prątków durowych ze krwi powiodło się otrzymać u przeszło 80% chorych na dur, o ile brano większą ilość krwi, 10—20 cm sz., szczepiąc na żółci. Hodowle te otrzymywano w początkach horoby często nawet przy ujemnej próbie aglutynacyjnej. Jeśli hodowli nie otrzymywano, opierano rozpoznanie na wzrastaniu aglutynacyi przy następnych badaniach krwi, przebiegu klinicznym i ew. badaniu bakteryologicznem kału i moczu. Leczenie poza dyetą polegało na podawaniu w razie potrzeby lekarstw, wzmacniających akcyę serca lub ewent. środkach wykrztuśnych, kąpielach ciepłych, częściowo na stosowaniu szczepionek i surowic. Co do wartości szczepień podaje prelegent, że wśród 144 chorych na dur, którzy poddawali się poprzednio szczepieniu przeciwdurowemu, wynosiła śmiertelność tylko 10·9%; wśród tych chorych 134 było szczepionych raz tylko; z 10 szczepionych dwukrotnie nie umarł żaden.

Rzut oka na przebieg epidemii duru brzusznego wykazuje, że w tłumieniu tych epidemii są najważniejsze: 1) zapobieganie i odosobnienie chorych, 2) urządzenia sanitarnohigieniczne, 3) szczepienie ochronne przeciw durowi.

Odczyt, poparty demonstracyami krzywych, tablic, fotografii i historyi chorób, zakończył prelegent podziękowaniem swym współpracownikom.

W dyskusyi a) kol. Kramarzyński podnosi znaczenie organizacyi, widoczne na podstawie materyału prelegenta. — b) Kol. Gieszczykiewicz zwraca uwagę, że w szpitalu epidemicznym twierdzy l. 2 śmiertelność u chorych szczepionych i nieszczepionych nie różniła się wyraźnie. Trudność oceny wyników szczepienia widzi mowca w niepewności wywiadów. — c) Kol. Blassberg podnosi wpływ leczniczy kąpieli. — d) Kol. Meyer proponuje dla oceny znaczenia szczepień ochronnych przeciwdurowych porównanie przebiegu epidemii ostatnich okresów wśród ludności cywilnej nieszczepionej i wśród wojska. — e) Kol. Lubecka omawia sprawę roznosicieli zarazków durowych.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1915/16, XLII działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

I. Posiedzenie zwyczajne d. 4. września 1915 r.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 11 członków.

1. Sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa w roku ubiegłym, skarbnik przedstawił stan kasy, a bibliotekarz stan biblioteki.

2. Wybory do Zarządu: powołano na prezesa S. Dobruckiego, na wiceprezesa Cz. Czerwińskiego, na sekretarza W. Jasińskiego, na skarbnika A. Staniszewskiego, na bibliotekarza A. Jaworowskiego.

II. Posiedzenie zwyczajne d. 4. listopada 1915 r.

Przewodniczący C. Czerwiński; obecnych 9 członków.

Czerwiński przedstawił:

a) Preparat **ciąży jajowodowej** pękniętej, otrzymany drogą zabiegu brzusznego. Przypadek zasługuje na uwagę z powodu szybkiego powrotu do zdrowia chorej pomimo bardzo znacznego krwotoku.

b) **Torbiel skórzastą** prawego jajnika, wielkości główki noworodka; guz powodował silne bóle w dolnej części brzucha, co jest charakterystyczne dla tego rodzaju torbieli.

III Posiedzenie zwyczajne d. 4. grudnia 1915.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 8 członków.

1. J. Czarnecki przedstawił: a) Przypadek **oskalpowania czaszki** (wskutek urazu), **leczony za pomocą przeszcze-**

piania sposobem Thierscha. Przeszczepienia dokonywano częściowo, zaczynając od czoła. Po dwukrotnym zabiegu głowa została prawie zupełnie pokryta.

W dyskusyi radzi Dobrucki dokonać dodatkowo przeszczepiania według Reverdina; podkreśla, że sposób Thierscha udaje się wyłącznie przy używaniu płatków skóry tego samego osobnika, próby stosowania skóry obcej zawsze zawodzą.

b) Następnie przedstawia Czarnecki 20-letniego mężczyznę, operowanego z powodu **wola.** Przerost dotyczył głównie części środkowej i dawał objawy wybitnej duszności. Zagojenie zupełne (per primam) w 10 dni po zabiegu.

2. Czerwiński przedstawił preparaty:

a) **torbieli skórzastej** zmartwiałej; guz w stanie rozkładu znajdował się dość długo w jamie brzusznej, nie wywołując żadnych wzniesień ciepłoty;

b) **guza złośliwego jamy brzusznej**; powiększenie tego guza nastąpiło wkrótce po porodzie; nieumiejętne traktowanie chorej przez położną (zbyteczne badania wewnętrzne) spowodowało zakażenie, które stwierdzono »in statu nascendi« podczas zabiegu w celu usunięcia guza; — chora zmarła przy objawach zapalenia otrzewnej.

W dyskusyi omawia Dobrucki trudności rozpoznawcze w przypadkach guzów jajnika ze skrętem szypuły.

Listy do Redakcyi.

Dnia 12. IV. 1916 zabrałem głos w przemówieniu, trwającem więcej niż godzinę, w dyskusyi nad odczytem prof. Dr Latkowskiego »O osłabieniu mięśnia sercowego pod względem klinicznym«. Ze względów technicznych sprawozdanie z mego przemówienia zostało streszczone w 29 wierszach.

Ta krótka wzmianka wywołała list prof. Popielskiego, uwłaczający mi jako pracownikowi klinicznemu. Nie zatrzymuję się dłużej nad metodą wyrywania poszczególnych oderwanych zdań i stosowania ich przeciw przeciwnikowi, ponieważ postępowanie takie zostało już niejednokrotnie należycie osądzone; przechodzę odrazu do rzeczy, powtarzajac poniżej streszczenie mego przemówienia, tak jak było ogłoszone (Nr 11. 1917 »Przeglądu lekarskiego«) i podając drukiem odmiennym zdania, które raczył zacytować prof. Popielski. Streszczenie to brzmiało, jak następuje:

»Kol. Michałowicz stwierdził u cierpiących na osłabienie mięśnia sercowego żołnierzy: zwiększenie stłumienia, zmianę konfiguracyi poszczególnych konturów w rentgenologicznym obrazie serca, zaostrzenie drugiego tonu na tętnicy płucnej i na aorcie, nieczystość pierwszego tonu na koniuszku serca, szybkość i łatwą uciskalność tętna. Do bardzo cennych objawów należy zaostrzenie drugiego tonu nad aortą przy zwykłej pozycyi chorego i zanik tego zaostrzenia w pozycyi z podniesionemi rękami (obciążenie aorty). Mówca analizuje warunki powstania wyżej wspomnianych objawów i zaznacza, że w bardzo wielu przypadkach osłabienia mięśnia sercowego objawy te mogą być nieobecne; badający chorego lekarz powinien w takich razach polegać przedewszystkiem na oględzinach chorego. Nawpół otwarte usta, lekkie rumieńce zastoinowe, widoczne tętnienie tętnic na skroniach, wzdłuż szyi, nad obojczykami, »in jugulo«, widoczne bicie koniuszka serca i tętnienie w dołku pod mostkiem, wreszcie sama konfiguracya klatki piersiowej (beczkowata, płaska), dają nieraz cenne wskazówki«.

»*Oglądanie daje nieraz w badaniu chorób sercowych lepsze wyniki niż osłuchiwanie.* Często bowiem osłuchiwanie i opukiwanie serca nie dają żadnych wyraźnych danych przy istniejącem cierpieniu serca. Zachodzą tu podobne warunki, jak przy badaniu wywiadem, gdzie, jak stwierdza wytrawny znawca chorób sercowych, Makenzie, podmiotowe skargi chorego mogą czasem poprzedzić na wiele lat wystąpienie objawów przedmiotowych choroby serca. *Zatrudniony przy wojsku lekarz nie może polegać na wywiadzie, musi więc w braku danych opierać się na ogladaniu (metodzie inspekcyjnej) i kierować się przedewszystkiem swym zmysłem klinicznym*«.

Każdy bezstronny, a posiadający chociażby elementarne wykształcenie kliniczne czytelnik przyzna na zasadzie już tego krótkiego streszczenia, że omówiłem nietylko liczne metody klinicznego badania, lecz że, jak mówi streszczenie, zanalizowałem warunki powstania poszczególnych objawów klinicznych.— Inaczej prof. Popielski. — Prof. Popielski wyrywa dwa luźne zdania i wysnuwa ze streszczenia mego przemówienia wniosek, który podaję dosłownie bez skróceń:

»To uznawanie »zmysłu klinicznego«, jako metody rozpoznawczej, jest zaprzeczeniem potrzeby wykształcenia klinicznego, na którem lekarz oparty, przy pomocy jedynie metod klinicznych, dochodzi do rozpoznania«.

Otóż ośmielam się zaprzeczyć prof. Popielskiemu. Twierdzenia Jego nie są zgodne z prawdą. W całem streszczeniu mego przemówienia niema ani jednej wzmianki o »uznaniu zmysłu klinicznego«, jako »metody rozpoznawczej«, niema też »zaprzeczenia potrzeby wykształcenia klinicznego«.

Co się zaś tyczy końcowego, z nauką nic wspólnego nie mającego ustępu listu prof. Popielskiego, to na ten ustęp odpowiadać nie będę, ponieważ nie uważam łamów tak poważnego pisma, jakiem jest »Przegląd lekarski«, za miejsce dla wyrównywania osobistych nieporozumień.

Dr Mieczysław Michałowicz.

W odpowiedzi na list otwarty prof. Popielskiego zauważyć muszę, że pojęcie zmysłu może mieć tak w polskim języku, jak i w innych, przynajmniej dwojakie znaczenie: zwykłe dosłowne znaczenie narządu zmysłowego, jak n. p. zmysł wzroku, słuchu, powonienia i t. d. i znaczenie przenośne, jako szybkiej koordynacyi władz umysłowych w pewnym kierunku, przyczem wchodzi w grę kooperacya wszystkich narządów zmysłowych; w tem też znaczeniu przenośnem mówi się n. p. często o »zmyśle praktycznym«.

Zmysł kliniczny, jest to owa trafność w ocenianiu i oryentowaniu się wśród zjawisk chorobowych, zwłaszcza zawilszych, jaką zyskuje lekarz na podstawie długiego doświadczenia, nabytego zwłaszcza w klinice przy pomocy rozlicznych metod badania; pozwala ona doświadczonemu lekarzowi lepiej i szybciej rozpoznać i ocenić dany przypadek, niż niedoświadczonemu, choć obaj opierają się na tych samych metodach badania w danym razie. Stąd wynika, że zmysł kliniczny żadną specyalną metodą nie jest, jakoteż, że wcale nie wyklucza metod klinicznych, owszem łączy się z niemi i opiera na nich. Zwłaszcza w przypadkach ambulatoryjnych, o których była mowa, kiedy nie wszystkie metody kliniczne mogą być zastosowane, zmysł kliniczny pozwala doświadczonemu klinicyście na trafne rozpoznanie w trudnym zwłaszcza przypadku i chroni go raczej od rozpoznawania zapalenia płuc i oskrzeli tam, gdzie jest tylko wysięk opłucny.

Doświadczenie osobiste w ocenie zjawisk ma znaczenie i w naukach tak ścisłych, jak fizyka i chemia, w których także doświadczony badacz w eksperymentalnej dziedzinie trafniej oceni i przepowie kierunek danych zjawisk fizycznych czy chemicznych, niż młody adept tej nauki, operujący temi samemi, co tamten metodami. Jest to zatem zjawisko ogólne.

Nieporozumienie wynikło może jeszcze i stąd, że streszczenie mojej odpowiedzi jest z powodu braku miejsca w »Przeglądzie« (Nr 9) dość krótkie i nie wyczerpujące i nie pozwala na należytą ocenę tego, co mówiłem i jak tę sprawę rozumiałem. Omówienie zaś w odczycie przezemnie dokładne metod t. zw. funkcyonalnych, któremi dość długo audytoryum zajmowałem i podkreślenie ważności metody opukowej najlepszym chyba było dowodem, że nie jestem przeciwnikiem metod klinicznych i wykształcenia lekarskiego, które zawsze skutecznie popierałem i nadal popierać będę.

Sądzę, że w tych paru słowach dostatecznie wyjaśniłem, o co mi chodziło, odpowiedź tę zaś zamieszczam jedynie ze względu na wyświetlenie sprawy samej.

cznego«. Prof. Dr J. Latkowski.

Wobec zupełnego wyjaśnienia sprawy przez powyższe odpowiedzi, zamykamy na tem polemikę w sprawie »zmysłu klini-

Redakcya.

Wiadomości bieżące.

Wykaz wolnych posad lekarzy okręgowych w Galicyi: Wybranówka, Strzeliska nowe i Brzozdowce w powiecie Bobreckim; Klucz w pow. Brzozowskim, Czchów w pow. Brzeskim, Narol, Cieszanów i Horyniec w pow. Cieszanowskim, Wełdzirz, Perehińsko i Rożniatów w pow. Doliniańskim, Bolesław, Siedlisiewicze, Radgoszcz w pow. Dobromilskim, Lubień w pow. Gródek Jagielloński, Dąbrowica w pow. Gorlickim, Kołaczyce, Dębowiec w pow. Grodeckim, Ujście ruskie w pow. Jasielskim, Liszki w pow. Krakowskim, Baligród w pow. Liskim, Husaków w pow. Dąbrowskim, Bircza, Nowe Miasto w pow. Mościskim, Borowa w pow. Mieleckim, Kamień, Ulanów w pow. Niskim, Świrz w pow. Przemyślańskim, Jodłowa w pow. Pilzneńskim, Topolnica, Stara Sól w pow. Starosamborskim, Nadbrzezie w pow. Tarnobrzeskim, Świątniki górne w pow. Mieleckim, Kulików w pow. Żółkiewskim i Ruda w pow. Żydaczowskim. (Wykaz ten podaje do wiadomości Izba lekarska wschodnio-galicyjska).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 28. III. b. r. posiedzenie, na którem przedstawili chorych: Dr Wysocki (zakażenie ziarenkowcem czworaczym), prof. Kader i prof. Majewski (diplopia monocularis), prof. Kader (zrost prącia z udem po postrzale, tętniak tętnicy udowej), Dr Engländer (przepuklina brzuszna u płodu), następnie Dr Kleczkowski wyłożył o swym nowym sposobie badania adaptacyi siatkówki i hemeralopii, a w końcu odbyły się dyskusye nad demonstracyami i wykładami z ostatnich posiedzeń. W dyskusyach przemawiali kol. Birnbaum, Engländer, Kader, Majewski, Wojciechowski.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 4. kwietnia w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).

Zmarli: Dr Jan Jakimowicz w Piotrkowie, z duru, Dr Ignacy Dąbrowski w 55 r. ż. w Łomży, z duru osutkowego; znakomity neurolog prof. Déjerine w Paryżu.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Marzec (cena 1·50 Mk.).

Zeszyt marcowy zawiera następujące rozprawy z zakresu chorób narządu trawienia: Prof. Michaelis: Postępy w kierunku prostych, nadających się do użytku klinicznego chemicznych metod badania w chorobach żołądka. — Prof. Strauss: O topicznym punkcie wyjścia w przewlekłych zapaleniach okrężnicy.— Prof. Albu: Wartość i sprawność badania rentgenologicznego dla rozpoznawania chorób trawienia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1917.

Gazeta lekarska Nr 9—12.: Erlichówna i Jonscher: O leukopenii doświadczalnej (9—11). — Zieliński: Hipnoza bojowa (9). — Puławski: Władysław Biegański (10). — Sterling i Sterlinanka: O odczynie swoistym Weil-Felixa w tyfusie plamistym (11). — Schusterówna: Trzy przypadki kiły płuc u ludzi dorosłych (12). — Ruppert: Przypadek choroby, zbliżonej do typu gorączki powrotnej lub t. zw. febris quintana (12).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 8—12.: Ambroziewicz: Chininum bimuriaticum carbamidatum, jako środek znieczulający (8—9). — Zamenhof: (dok. 8). — Hewelke: Zmiany anatomiczne w durze wysypkowym (9—12). — Męczkowski: Służba zdrowia w wojsku polskiem (10—12). — J. Zawadzki: Dobroczynność w Polsce (9—11).

Kronika dentystyczna Nr 3.: Grohn: W sprawie amputacyi miazgi zębowej.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 4. kwietnia 1917 o godzinie 6 wieczór w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr R. Spira: Choroby uszne, a służba wojskowa.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 7. kwietnia 1917. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« pod Łodzią.
(Dyrektor Dr. med. Antoni Mikulski).

Przyczynek do leczenia otępienia wczesnego nukleinianem sodu.

Podał

Eufemiusz Herman.

Prof. Julius Donath na międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Peszcie w r. 1909 po raz pierwszy podniósł sprawę leczenia porażenia postępującego za pomocą podskórnych wstrzykiwań nukleinianu sodu, oraz podał własne wyniki tych zabiegów [1]).

Prace Donatha z tej dziedziny dały początek licznym badaniom innych autorów, zmierzających do leczenia za pomocą nukleinianu sodu nie tylko już porażenia postępującego, lecz i innych chorób psychicznych, w pierwszym rzędzie otępienia wczesnego.

Zanim Donath zdążył w r. 1913 podzielić się z członkami międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Londynie własnymi wynikami leczenia otępienia wczesnego nukleinianem sodu [2]), już Lepine w roku 1910 leczył tym sposobem 13 chorych na otępienie wczesne, przyczem w 3 przypadkach uzyskał polepszenie, w 9 zaś nie wystąpiła żadna poprawa [3]). Itten, stosując leczenie nukleinowe u 9 chorych na otępienie wczesne, nie uzyskał poprawy stanu psychicznego w żadnym przypadku. Badacz ten atoli posługiwał się zbyt małemi dawkami i w ciągu zbyt krótkiego czasu, aby wyniki jego można było uważać za pewne [4]). Lundvall leczył 18 chorych na otępienie wczesne nukleinianem sodu, z pośród tych — 4 wyzdrowiało, u 9 nastąpiła znaczna, u 2 — słaba poprawa, na 3 leczenie nie wywarło żadnego wpływu [5]). Donath z pośród 14 chorych na otępienie wczesne, których poddał leczeniu nukleinowemu, 3 uważa za wyleczonych, u 5 była znaczna, u 3 przemijająca poprawa, wreszcie 3 innych — bez zmiany [6]). Hauber, stosując wstrzykiwania nukleinianu sodu 20 chorym na otępienie wczesne, otrzymał znaczną poprawę u 7 chorych, u 3 nie ukończył leczenia, wreszcie u pozostałych 10 nie miał żadnego wyniku [7]). Kruze-Pawłowska na 12 chorych z otępieniem wczesnem, leczonych za pomocą nukleinianu sodu, miała następujące wyniki: u 3 chorych — wyleczenie, u 2 — znaczną poprawę, u 2 — słabą poprawę, u 5 zmian żadnych w stanie chorobowym nie było [8]). Wreszcie Kielholz śród 18 chorych na otępienie wczesne, u których stosował leczenie nukleinowe, w żadnym przypadku nie widział wyleczenia, w 7 stwierdził znaczną poprawę, w 7 innych — słabą poprawę, wreszcie w 4 nie zauważył żadnego wpływu leczenia [9]).

W szpitalu »Kochanówka« stosowaliśmy nukleinian sodu w 11 przypadkach otępienia wczesnego. Wlewań dokonywaliśmy stale rano, mierząc ciepłotę co 2 godziny w ciągu całego dnia, nocy, oraz dnia następnego.

Technika wlewania była następująca: W kolbce szklanej wyjaławialiśmy rozczyn fizyologiczny soli kuchennej, do którego, jeszcze na gorąco, dodawaliśmy nukleinian sodu (wyrobu Mercka) w stosunku 1 na 20 cm^3 rozczynu. Wstrzykiwań we wszystkich przypadkach dokonywaliśmy za pomocą 100-gramowej strzykawki Rekord. Jako miejsce dla wstrzyknięcia wybieraliśmy przestrzenie podłopatkowe, myjąc okolicę tę starannie eterem, a następnie pędzlując nalewką jodową. Po dokonaniu wstrzyknięcia przykładaliśmy wacik z kolodium.

Powikłań w postaci ropni lub innych nie mieliśmy w żadnym przypadku. W czasie gorączkowania chorzy pozostawali w łóżku.

Ze znacznie skróconych historyi chorób podajemy następujące daty główne.

I. D. H., 14 l., przybył do szpitala 4. IX. 1915 roku.

Rodzice chorego żyją — ojciec cierpi na kamienie nerkowe i żółciowe; matka — zupełnie zdrowa. Pokrewieństwa pomiędzy rodzicami niema; alkoholu rodzice nie nadużywali; w chwili urodzenia się chorego ojciec miał 41 lat, matka — 38 lat.

Rodzeństwa chory ma siedmioro. Najstarszy z braci miał przejścia psychiczne, wskutek których cierpi na zadumę. Brat matki chorego choruje umysłowo.

Chory był zawsze dzieckiem kapryśnem, stale uprawiał samogwałt. Od 8 roku życia uczęszczał do szkoły; do nauki niezbyt się garnął. Na nic przedtem nie chorował. Obecna choroba datuje się od czerwca r. 1915. Chory w mieście Cz... podczas wkroczenia wojska był wśród tłumu; wskutek zajść ulicznych otoczony i uprowadzony z kraju. Wkrótce, po powrocie do miasta rodzinnego, miał być bardzo przygnębiony, jednocześnie nader lękliwy. Mimo to w ciągu kilku następnych tygodni uczył

[1]) Weitere Ergebnisse der Behandlung der progressiven Paralyse mit Natr. nuclein. — Berlin. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 51.

[2]) Donath. Natrium nucleinicum in der Behandlung der Dementia praecox. Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. B. XIX, 1913.

[3]) Lepine J. Le nucléinate de soude et la leucothérapie en thérapeutique mentale, La presse med. 1910, Nr. 9.

[4]) Itten W. Heilversuche mit Nucleininjectionen bei Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych, 7.

[5]) Lundvall, Halvar. Über Blutveränderungen bei Dementia praecox nebst einem Versuche einer Art specifischer Therapie. Nationaltrykkerich, Kristiania 1912.

[6]) Donath. Natrium nucleinicum in d. Behandlung d. Dem. pr. Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Ps. Bd. XIX. 1913.

[7]) Hauber F. Therapeutische Versuche mit Nucleinsäureinjectionen bei Psychosen. Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 1914, H. I.

[8]) Kruze-Pawłowska M. Leczenie otępienia wczesnego nukleinianem sodu. Neurol. polska 1914, zesz. V. i VI.

[9]) Kielholz. Zur Behandlung der Dementia praecox mit Natrium nucleinicum. Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 1916. 34 B. I. u. II. H.

się jeszcze. Ostatniemi czasy choroba znacznie postąpiła naprzód. Chłopiec zrywał się często po nocach z łóżka, mało sypiał, nie jadał, bredził, mówił niedorzeczności.

Przy badaniu wstępnem nie stwierdza się ze strony narządów wewnętrznych i układu nerwowego zmian widocznych. Co do stanu psychicznego stwierdza się nieznaczne upośledzenie oryentacyi w czasie; natomiast prawidłowe zachowanie jej co do miejsca i otoczenia. Co do omamów podaje chory, że »niekiedy przedstawiała mu się przed oczyma młodsza siostra«.

Z przebiegu w głównych zarysach zauważono, co następuje: Chory na pytania odpowiada niechętnie, monotonnie, powoli. Z otoczeniem w kontakt nie wchodzi. Trudność skupienia uwagi na jakimś przedmiocie; ospałe kojarzenie myśli; podczas mowy zacinanie się. — 21. X. 1915. Stan zamroczenia, połączony z katalepsyą stawów; niewyraźne omamy wzrokowe, skutkiem których chory dokonywa ustawicznych ruchów ręką, o charakterze obronnym, jak gdyby przymusowych.

W drugiej połowie listopada 1915 r. zaczęliśmy stosować podskórne wlewania nukleinianu sodu w następujących dawkach oraz odstępach czasu: 16. XI. — 1 gr.; 18. XI. — 1,5 gr.; 20. XI. — 1,75 gr.; 22. XI. — 2,0 gr.; 24, XI. — 2,0 gr.; 26. XI. — 2,5 gr.; 29. XI. — 2,5 gr.; 1. XII. — 2,5 gr.; 11. XII. — 3,0 gr.; 20. XII. — 3,0 gr. Ogółem zatem chory otrzymał 21,75 gr. nukleinianu sodu w 10 wstrzyknięciach. Za każdym razem chory oddziaływał wzniesieniami ciepłoty, której stopień najwyższy sięgał 39,5, zazwyczaj atoli po wlewaniach ciepłota wahała się pomiędzy 38,0° a 39,0°. Ciepłota zaczynała wznosić się już po upływie 3—4 godzin od wstrzyknięcia, szczyt zaś ciepłoty prawie stale przypadał na ósmą godzinę po wlewaniu. Tętno przyspieszone odpowiednio do wzniesień ciepłoty. Na wadze chory nie stracił. Łaknienie dobre.

Po miesiącu w stanie psychicznym chorego daje się zauważyć znaczna zmiana ku lepszemu. Chory chętnie rozmawia, wesół, interesuje się otoczeniem, wchodzi z niem w kontakt, płata innym chorym figle. Poprzednie stany zamroczenia, połączone z katalepsyą, nie powtarzają się. Oryentacya w czasie, przestrzeni i otoczeniu należyta. Chory chciałby powrócić do domu lub otrzymać w szpitalu jakieś zajęcie. Dnia 20. III. 1916 r. chory w stanie znacznej poprawy psychicznej został na żądanie ojca wypuszczony ze szpitala. W październiku roku ubiegłego poinformowano nas, że chory w mieście Cz. uczęszcza do szkoły, sprawując się nagół poprawnie.

II. R. K., 31 l., kawaler, z zawodu urzędnik banku, przybył do szpitala 28. XI. 1915 r.

Rodzice chorego żyją, zdrowi. Ojciec usposobienia nerwowego. Alkoholu nie używali. W rodzinie chorób umysłowych nie było. Chory ma dwóch braci, zdrowych. Jako dziecko rozwijał się prawidłowo. Ukończył prawo oraz wydział handlowy. Lues negatur. Już w r. 1914 był umieszczony w szpitalu naszym. Po 3-dniowym pobycie uciekł i pozostał na życzenie rodziny w domu. Z początku poświęcał nieco czasu układaniu wierszyków; podał ofertę o posadę do banku. Następnie wszystko to porzucił, całe dnie spędzając na spacerze. Z wybuchem wojny stan psychiczny znacznie się pogorszył. Podczas bitwy łódzkiej szrapnel wpadł do pokoju chorego, przebił sufit i eksplodował w bramie. Mieszkańcy domu ukryli się w suterenie, śród nich również i chory; niebawem atoli oświadczył chory, iż nie życzy sobie pozostawać »z babami i hołotą«, udał się do portyerni, gdzie spędził 2 dni. Po tym wypadku chory leżał 3 miesiące w łóżku, nie jadł, nie mył się, miał wybitne omamy i idee prześladowcze. Często otwierał okno w mieszkaniu, i, głośno wykrzykując, groził Niemcom pięścią.

Przy badaniu przedmiotowem narządów wewnętrznych i układu nerwowego nie stwierdzono nic szczególnego. Przy badaniu psychologicznem stwierdza się zupełną dezoryentacyę chorego w czasie i otoczeniu, mniejszą — w miejscu. Na zadawane pytania odpowiada nie do rzeczy.

5. X. 1915 r. korzysta chory z najmniejszej sposobności, kiedy się przypadkowo sam znajdzie w towarzystwie pielęgniarki, aby niepostrzeżenie ją napaść, bić oraz kopać dopóty, póki nie zostanie usunięty przez służbę. Pozostaje agresywnym przeważnie względem młodych kobiet, które poraz pierwszy widzi, nigdy w stosunku do mężczyzn. — 20. X. 1915. Stan psychiczny bez zmiany. Chory często odmawia przyjmowania pokarmów; lubi długo leżeć w łóżku; zanieczyszcza się niekiedy moczem.

Od d. 16. XI. 1915 r. zaczęto stosować podskórne wstrzykiwania nukleinianu sodu w dawkach następujących: 16. XI. — 1,0 gr.; 18. XI. — 1,5 gr.; 20. XI. — 1,75 gr.; 22. XI. — 2,0 gr.; 24. XI. — 2,0 gr.; 26. XI. — 2,5 gr.; 29. XI. — 2.5 gr.; 1. XII.— 3,0 gr.; 11. XII. — 3,0 gr.; 20. XII. — 3,0 gr. Ogółem zatem otrzymał chory 22,25 gr. nukleinianu sodu w 10 wstrzyknięciach. Po wlewaniu już po 4 godzinach ciepłota się stopniowo wznosiła, dochodząc do szczytu po upływie następnych 4—6 godzin. Najwyższa ciepłota, jaką w tym przypadku spostrzegaliśmy, wynosiła 39,3°, przeważnie atoli wahała się ciepłota pomiędzy 38,0° a 39,0°. Przyspieszenie tętna odpowiadało wzniesieniom ciepłoty. Leczeniu poddawał się chory niechętnie, dopiero pod przymusem.

Po miesiącu daje się zauważyć nieznaczna poprawa stanu psychicznego chorego. Chory jest spokojny, dotychczas nie miał chwil podniecenia psychomotorycznego. Nieco lepiej zoryentowany w czasie i otoczeniu. Jada i sypia należycie. Nie zanieczyszcza się moczem.

Od d. 12. II. do d. 4. IV. 1916 r. zastosowano drugą seryę wlewań podskórnych nukleinianu sodu w dawkach następujących: 12. II. — 1,0 gr.; 14. II. — 1,5 gr.; 16. II. — 2,0 gr.; 19. II. — 2,5 gr.; 28. II. — 3,0 gr.; 2. III. — 3,5 gr.; 11. III. — 3,5 gr.; 29. III. — 4,0 gr., 1. IV. — 4,0 gr. Ogółem otrzymał zatem chory w ciągu II. seryi 29,0 gr. nukleinianu sodu w 10 wlewaniach podskórnych. W obu seryach razem zastosowaliśmy 51,25 gr. nukleinianu sodu.

Odczyn co do ciepłoty był naogół dobry. Najwyższa ciepłota 39,0°. Przyspieszenie tętna odpowiednie do wzniesień ciepłoty. Na wadze chory zyskał. Chorego mieliśmy w obserwacyi w ciągu 7 miesięcy po dokonaniu ostatniego wlewania.

Nieznaczna poprawa stanu psychicznego, jaka nastąpiła po pierwszej seryi wlewań, nie tylko się nie utrzymała, lecz przeciwnie ustąpiła miejsca pogorszeniu, a raczej powrotowi do stanu poprzedniego. Chory nadal miewa chwile silnego podniecenia psychomotorycznego, przeplatane długimi okresami przygnębienia, a nawet do pewnego stopnia osłupienia (stupor).

III. C. E., 23 l., przybył do szpitala naszego po raz pierwszy d. 7. VIII. 1914 r.

Ojciec chorego łatwo popadał w rozdrażnienie; zmarł na zapalenie płuc. Matka uznaje się za nerwową. Babka chorego ze strony matki była również osobą nerwową. Alkoholu rodzice nie używali. Chory ma troje rodzeństwa, wszyscy zdrowi. Jako dziecko rozwijał się C. E. prawidłowo. W dzieciństwie przebył płonicę. Od 8 roku życia uczęszczał do szkoły, przed 3 laty ukończył szkołę handlową. Wyjątkowo uzdolniony do muzyki, malarstwa, rzeźby. Po ukończeniu szkoły średniej zamierzał udać się na studya wyższe zagranicę, jednak wskutek przeszkód materyalnych zmuszony był zająć się praktyką w fabryce, aby zostać majstrem. W ostatnich czasach atoli praca stała się dla niego ciężarem. Mało towarzyski, czytywał dużo, stosunków z kobietami nie miewał. Muzykę i malarstwo zarzucił od 2 lat.

Przed 4 miesiącami matka zauważyła, że chory z trudnością wybiera się do codziennych zajęć, staje się bardziej zamyślonym, smutnym, często narzeka na życie, jako na bezwartościowe. Wkrótce chory przestał zupełnie pracować. Od 2 miesięcy przesiaduje często całemi godzinami zamyślony w jednej pozycyi. Pytany nie odpowiada wówczas wcale. Zdarzało się, że, idąc po coś, chory nagle stawał i trwał czas jakiś w przypadkowej pozycyi. Do zakładu przyjechał z całą świadomością; aby się wyleczyć.

Przy badaniu przedmiotowem narządów wewnętrznych oraz układu nerwowego nie zauważa się żadnych zmian. Co do stanu psychicznego chory okazuje zupełną dezoryentacyę w czasie, natomiast dobrze oryentuje się w otoczeniu.

Oto garść odpowiedzi chorego na niektóre zapytania: Co to za dom? »Sanatoryum dla umysłowo chorych, przytułek przygnębionych i niezadowolonych z życia ludzi«. Czy się z pana wyśmiewają? »Tak, na ulicy wszyscy mnie za gorszego mają!« Czy pana prześladują? »Owszem, myśl jedna, mianowicie: że nie przeżyję śmierci matki, i jak pomyślę, to gotów jestem odebrać sobie życie...«

W szpitalu chory ulega wyraźnym omamom wzrokowym i słuchowym i ma uczucie wrzenia w głowie, prawem okiem ma widzieć podwójnie, »jak gdyby cień od przedmiotu«; podaje, że się wszystkiego lęka, ale zarazem rozumie, że czyni to niepotrzebnie, bo, jak się wyraża, włada wszystkiem zapomocą oczu i uszu.

W końcu roku 1914, po ewakuacyi zakładu do Łodzi, chory został zabrany przez rodzinę.

Powtórnie przybył do szpitala 10. II. 1915 r. Zaraz po powrocie z »Kochanówki« chory objawiał wielki niepokój; opowiadał, że, przebywając w piwnicy podczas strzelaniny, miał widzenie — ukazał mu się Bóg i rzekł do niego: »dziś jest ładny dzień«. Podczas pobytu w domu chory stawał się coraz bardziej podnieconym, nie sypiał, zrywał się z łóżka, naśladował huk strzałów, uderzając pięścią w drzwi; bił otaczających. Podczas

ostatnich paru miesięcy pobytu w szpitalu chory znajdował się w stanie osłupienia; zanieczyszczał się moczem; mało jadał.

Od d. 16. XI. do 20. XII. 1915 r. stosowaliśmy wlewania podskórne nukleinianu sodu w dawkach następujących: 16. XI. — 1 gr.; 18. XI, — 1,5 gr.; 20. XI. — 1,75 gr.; 22. XI. — 2,0 gr.; 24. XI. — 2,0 gr.; 26. XI. — 2,5 gr.; 29. XI. — 2,5 gr.; 1. XII. — 3,0 gr.; 11. XII, — 3,0 gr.; 20. XII. — 3,5 gr. — Ogółem zatem w 10 wstrzyknięciach otrzymał chory 22,75 gr. nukleinianu sodu. Za każdym razem był odczyn w postaci gorączki, której stopień najwyższy wynosił 38,5°; przeważnie atoli ciepłota wahała się pomiędzy 37,5° a 38,0°. Ciepłota zazwyczaj zaczynała wznosić się w 3—4 godzin po wstrzyknięciu; szczyt jej przypadał przeważnie na ósmą godzinę. Ilość uderzeń tętna odpowiadała wzniesieniom ciepłoty.

Chorego mamy w obserwacyi aż do chwili obecnej, a więc 10 miesięcy po dokonaniu leczenia nukleinowego, atoli w psychice chorego nie zaszła żadna poprawa. Dezoryentacya w czasie, miejscu i otoczeniu, chwile podniecenia psychomotorycznego, brak zainteresowania się otoczeniem, oraz kontaktu z niem, niekiedy omamy wzrokowe — w mniejszym aniżeli poprzednio stopniu cechują stan psychiczny chorego.

(Dokończenie nastąpi).

Z pracowni anatomo-patologicznej Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie (Lwów).

Przyczynek do patogenezy twardziny skóry (sclerodermia)

podał

Prof. Dr Józef Hornowski,

prosektor Zakładu.

(Dokończenie).

Sekcyę zmarłej, E. M., lat 35, wykonałem d. 7 maja 1915 r. w 4 godziny po śmierci (liczba protok. sekc. 60) i stwierdziłem, co następuje.

Wzrost zmarłej 1 m 37 cm. Odżywienie bardzo nędzne. Na głowie strupień woszczynowaty (favus). Uwłosienie około części płciowych skąpe. Skóra blada i cienka, błyszczy się na palcach rąk, klatce piersiowej, brzuchu i ramionach w niektórych miejscach. Stopy obrzękłe i sinawe. Paznokcie wypukłe znacznie, podłużnie prążkowane, na drugim i trzecim palcu rąk obu. bardzo drobne. Skóra na twarzy wybitnie cienka, miejscami błyszczy się. W szczęce górnej brak zupełny zębów przednich. W szczęce dolnej zęby drobne, obnażone znacznie ze śluzówki, poprzecznie prążkowane, ścieńczałe. Zęby te są bardzo ruchome i łatwo dają się wyjąć palcami.

Kości czaszki średniej grubości, miejscami przeświecają; rowki dla naczyń — płaskie. Lekka asymetrya czaszki: wypuklenie na lewo ku tyłowi. W środkowej jamie czaszkowej ku przodowi od kości skalistej, w najgłębszem miejscu znajdujemy obustronnie w oponie twardej otwory okrągłe, nieco mniejsze od halerza, przez które przeziera, nie pokryta oponą, kość. Opona twarda dość dobrze napięta, nie wykazuje nigdzie zgrubień. Zatoki żylne bez zmian. Opony miękkie lekko obrzękłe, więcej ze strony lewej, wzdłuż naczyń w części ciemieniowej górnej; naogół są one jednak cienkie i zdejmują się łatwo. Naczynia i podstawa mózgu bez zmian.

Siodełko tureckie umiarowe. Przysadka mózgowa, wagi 0·65 grm., wystaje nieco na zewnątrz siodełka, głównie swoją częścią tylną, która sama jednak jest stosunkowo mała. Część przednia przysadki składa się z dwu płatów, leżących na sobie w postaci dachówki; w środku tych płatów widać wyraźnie rozszerzone naczynia krwionośne.

Mózg waży 1290 grm. Zwoje jego dość dobrze przylegają do siebie. Zwoje czołowe i potyliczne na ogół drobne. Kora wązka; w zwojach czołowych i ciemieniowych strony prawej i w ciemieniowych strony lewej nie wszędzie dobrze odcina się od istoty białej. Komory nieznacznie rozszerzone. Szyszynka, wagi 0·16 grm., miękka i różowa. Splot naczyniasty, móżdżek, most Varola bez zmian. Rdzeń przedłużony, naogół bardzo wązki i mały, w najszerszem miejscu czwartej komory ma tylko 2 cm. To samo da się powiedzieć również o całym rdzeniu — jest on wszędzie cienki i wązki. Przednie jego rogi są nader wązkie, tylne przekrwione. Odgraniczenie istoty szarej od białej nie wszędzie wyraźne, szczególniej zaś w części szyjnej i w dolnej piersiowej. Nerwy obwodowe bez zmian. Mięśnie blade.

W jamie brzusznej opadnięcie jelita grubego w postaci litery W.

Klatka piersiowa długa, kąt ostry. Śródpiersie bez zmian. Grasicy brak. W opłucnych, obustronnie, na całej przestrzeni bardzo krótkie i zbite zrosty. Gruczoły przytarczyczne znalazłem wszystkie 4 — ze strony lewej leżą one niżej, niż z prawej; górne gruczoły są bledsze od dolnych. Tarczyca bardzo mała, wagi 15·5 grm., na przekroju zawiera mało kolloidu, natomiast wyraźnie jest poprzerastana przez tkankę łączną. Płat lewy jest mniejszy od prawego. Na podstawie języka silnie rozwinięty aparat chłonny.

Przełyk, krtań i tchawica bardzo wązkie. W płucu prawem, w płatach dolnych obrzęk i zastój, w płacie górnym nieliczne gruzełki wielkości ziarna prosa i większe. W płucu lewem, na całej przestrzeni przekroju, liczne gruzełki, zlewające się ze sobą. Poza tem tu i owdzie, głównie w płacie górnym, ogniska serowate, wielkości korony, oraz zaczynający się świeży rozpad gruźliczy w postaci jam, wielkości orzechów laskowych. Oskrzela znacznie rozszerzone, ściana ich zgrubiała i wyraźnie prążkowana poprzecznie.

Serce nieco rozszerzone poprzecznie i podłużnie. W nasierdziu sporo tkanki tłuszczowej. W tętnicy głównej, bardzo wązkiej, o obwodzie 5·2 cm., zaczynające się zmiany miażdżycowe około zastawek. Mięsień serca lewego blady, rozłazi się pod palcami.

Śledziona nieduża; torebka jej znacznie zgrubiała, trzeszczy jak chrząstka przy przecinaniu; na przekroju śledziona przekrwiona i z dość znaczną ilością tkanki łącznej. Kiszka ślepa, wyrostek robaczkowy i kiszki grube bez zmian. W jelitach cienkich — glisty. Nadnercza obydwa tej samej wielkości. Ogólna ich waga 14·2 grm.; torebka tłuszczowa bardzo obfita, istota rdzeniowa szeroka. Nerki blade, kruche, jak ugotowane, naogół małe. Pęcherz moczowy bez zmian. Żołądek i dwunastnica bez zmian. Trzustka mała, dość spoista, wagi 51 grm. Wątroba miękka, stłuszczała. Pęcherzyk żółciowy bez zmian. Macica mała, długość szyjki i ciała prawie jednakowa. Jajniki bardzo drobne, twarde, pozaciągane, sklerotyczne. Waga obu jajników razem 2·4 grm.

Kości tułowia naogół cienkie i drobne.

Na podstawie powyższego rozpoznałem: Tuberculosis pulmonum — cavernae recentes. Adhaesiones pleurales ambilaterales. Bronchiectasiae chronicae. Infiltratio adiposa hepatis. Perisplenitis cartilaginea. Atheroma incipiens aortae. Coloptosis. Ascaris lumbricoides. Hypoplasia universalis. Sclerodermia.

Do badania drobnowidowego wziąłem: 1) skórę z najrozmaitszych miejsc, 2) tętnice i tętniczki, 3) wszystkie gruczoły wewnętrznego wydzielania, 4) kawałki mózgu, rdzenia przedłużonego, rdzenia, nerwów obwodowych. Utrwalałem i barwiłem według znanych metod, nad czem nie mam zamiaru rozwodzić się. Hematoksylina i eozyna, van Gieson, sudan III, rezorcynfuksyna, barwienie włókien sprężystych według Dürcka, Marchi, Nissl, Bielschowsky, Pal-Weigert — oto metody, używane przy badaniu.

Wyniki badania mózgu i móżdżku były ujemne. Jedynie w niektórych skrawkach ze zwojów czołowych, ze strony prawej i z lewej znajdowałem gdzieniegdzie po kilka zanikających komórek, tu i owdzie komórki stłuszczałe, lub gorzej przyjmujące ziarenka Nissla, które były zamazane lub obecne tylko w części komórki. W kilku miejscach stwierdzić mogłem neurofagizm komórek. W pewnych skrawkach ze zwoju czołowego prawego znalazłem również nieco silniej rozwiniętą tkankę glejową naokoło naczyń. Oto wszystko. Ponieważ jednak zmiany takie już nieraz spotykałem i w innych przypadkach tak zwanego otępienia przedwczesnego (dementia praecox), nie mogę więc ich uważać za coś charakterystycznego dla obecnego przypadku.

Również i w rdzeniu przedłużonym nie znalazłem żadnych zmian patologicznych, gdyż nie można za takie uważać miejscowo, w oddzielnych komórkach, gorzej występujących ziarn Nissla, tem bardziej, że dotyczyło to głównie komórek w oliwkach.

Natomiast w rdzeniu kręgowym, pomimo iż komórki w rogach są duże, dobrze wykształcone, ziarna ich barwią się wyraźnie, ilość tych komórek wydaje się być mniejsza, niż w każdym innym zwykłym przypadku. W celu dokładniejszego zoryentowania się co do tego, zbadałem kilka rdzeni kobiet z przedwczesnem otępieniem, w wieku lat 30 do 40, zmarłych, jak i nasza chora, na gruźlicę, i przekonać się mogłem, że rzeczywiście w danym przypadku komórek tych jest mniej, są one rzadziej porozstawiane, szczególniej zaś w miejscach, odpowiadających słupom Clarkea, oraz u podstawy rogów przednich. Poza tem w komórkach, w tych właśnie miejscach, znalazłem większe ilości barwika, a to głównie w dolnych częściach rdzenia.

Te więc zmiany mogę uważać za stojące już w pewnym związku z danym przypadkiem.

W nerwach większych, jakoteż drobnych, dochodzących do skóry, nie mogłem wykazać żadnych zmian patologicznych, pomimo przeprowadzenia badań bardzo ścisłych wszelkiemi metodami, jak Marchiego, Pal-Weigerta, Bielschowskyego, van Giesona.

Przechodząc do skóry, zaznaczyć muszę, iż w niektórych miejscach znajdujemy znaczne zrogowacenie warstw powierzchownych, których grubość dochodzi do 54 μ, a nawet 64·8 μ, gdy średnio w innych częściach skóry wynosi zaledwie 4·35 μ. Gdy w miejscach skóry, mało zmienionych patologicznie, grubość całego naskórka wynosi do 54 μ, w silnie zmienionych częściach nie przenosi 10·8 μ, przyczem miejscami widzimy nie więcej nad cztery warstwy komórek. Warstwa jasna prawie niewidoczna. W komórkach walcowatych miejscami dużo barwika, więcej niż w prawidłowych częściach skóry, miejscami zaś prawie zupełnie go niema; ilość barwika nie zależy od nasilenia zmian patologicznych w skórze i nie stoi w żadnym związku ze ścieńczeniem nabłonka.

Co się tyczy skóry właściwej, to przedewszystkiem wpada w oczy, w miejscach zmienionych patologicznie, nadzwyczaj mała ilość jąder. Tkanka łączna wygląda, jak tkanka bliznowata, miejscami nieraz na dość znacznej przestrzeni występuje zupełna jej jednorodność (homogenisatio); w tych miejscach tkanka łączna okazuje zwyrodnienie szkliste. Trochę więcej jąder w tej tkance widać naokoło gruczołów łojowych i potowych, które same jednak zmian patologicznych nie okazują. Skupiające się tutaj jądra przypominają najbardziej naciek z limfocytów. Także, jednak nieznaczne, nacieki limfocytarne widać na granicy skóry właściwej i tkanki tłuszczowej podskórnej. Gromadzą się one tutaj naokoło naczyń, jak również i wśród tkanki tłuszczowej. Komórek plazmatycznych nie mogłem nigdzie wykazać.

Mięśnie przywłośne wyraźnie zgrubiałe.

Gdy w prawidłowszych miejscach skóry brodawki skórne są dość dobrze zaznaczone, to w znacznie zmienionych miejscach są one do tego stopnia wygładzone, iż odgraniczenie nabłonka od skóry właściwej przedstawia się w postaci zupełnie prostej linii. Poza tem w tych właśnie zmienionych patologicznie częściach skóry nie dają się wykazać pod nabłonkiem ani ciałka dotykowe, ani zakończenia nerwowe, ani naczyńka; wygląda to tak, jak gdyby one wszystkie zanikły.

Włókna sprężyste w skórze właściwej naogół dobrze zachowane, w miarę jednak występujących zmian twardzinowych wykazują i one to porozrywanie, to ścieńczenie, a miejscami jak gdyby wyrównawcze odradzanie się i grubienie, to wreszcie występują ogniskowe ich braki, szczególniej w tych miejscach, gdzie linia odgraniczenia nabłonka od skóry właściwej przedstawia się w postaci prostej. Wogóle stwierdzić należy, iż zmiany patologiczne we włóknach sprężystych występują wyraźniej bliżej nabłonka, natomiast tylko w małym stopniu w dolnych częściach skóry właściwej.

Przechodząc do naczyń krwionośnych, muszę stwierdzić przedewszystkiem, iż wszystkie one (mówię tu tylko o naczyniach tętniczych obwodowych, i to małego kalibru) okazują zmiany ścian. Mamy tu do czynienia ze zgrubieniem tych ścian, a głównie błony wewnętrznej, choć miejscami zgrubienie takie okazuje i błona środkowa. Natomiast w błonie zewnętrznej nie mogłem nigdzie stwierdzić żadnych wyraźniejszych zmian patologicznych.

Przy barwieniu hematoksyliną z eozyną i metodą van Giesona stwierdziłem w mięśniach błony środkowej zwyrodnienia szkliste ogniskowe, usadowione przeważnie w jej części środkowej. Przy barwieniu rezorcynfuksyną znalazłem znaczne porozrywanie włókienek sprężystych okrężnych, a w blaszce sprężystej wewnętrznej drobne ogniskowe braki włókien sprężystych. Przy skombinowanem barwieniu rezorcynfuksyną i van Giesonem według sposobu, podanego przezemnie w roku 1908, stwierdziłem, iż brakom w blaszce sprężystej wewnętrznej oraz porozrywaniu okrężnych włókienek w mięśniach błony środkowej odpowiadają w tejże błonie zmiany szkliste. Przy równoczesnem barwieniu włókien sprężystych i tłuszczu, również według sposobu, podanego przezemnie w roku 1913, znalazłem w miejscach porozrywania i zniszczenia włókienek sprężystych w błonie środkowej drobniutkie ogniska zwyrodnienia tłuszczowego w poszczególnych włókienkach mięsnych.

Tak więc w obwodowych naczyniach zmiany były stosunkowo dość znaczne. Przy barwieniu tych naczyń metodą Dürcka nie znalazłem zmian żadnych w innych włóknach sprężystych, a mianowicie w promienistych, łukowych i widłowatych. Wszystkie one przedstawiały się prawidłowo, nie okazywały rozerwań, natomiast miały przebieg prosty, nie okazując falistości.

Zbierając więc całość wyników badań obwodowych naczyń krwionośnych tętniczych, muszę podkreślić brak zmian we włóknach sprężystych promienistych, natomiast wyraźne zmiany we włóknach okrężnych, oraz w mięśniach błony środkowej.

Badania, przeprowadzone w ten sam sposób co do naczyń rozmaitych innych narządów, dały wynik ujemny, z wyjątkiem występującego tu i owdzie, przeważnie jednak nieznacznego przerostu błony wewnętrznej.

Opisane powyżej zmiany doprowadzały do względnego zwężenia światła naczyń, choć, zaznaczyć tu muszę, zwężenie to nie dochodziło do bardzo wybitnego stopnia. Poza zupełnym brakiem i niemożnością wykazania najdrobniejszych naczyniek w najbardziej powierzchownych, leżących tuż pod nabłonkiem, częściach skóry właściwej, nie znalazłem nigdzie takiego obrazu, abyśmy na zasadzie jego mówić mogli o zarostowem zapaleniu błony wewnętrznej tętniczek (endarteriitis obliterans).

W gruczołach wewnętrznego wydzielania znalazłem następujące zmiany:

Szyszynka wykazuje luźny układ komórek, z jądrami ciemnemi i barwiącemi się wszędzie jednolicie, bez wyraźnych ziarnistości. Komórki są naogół małe i mają charakter komórek zanikających. Wśród nich znajdujemy nader liczne złogi wapniowe o budowie współśrodkowej lub blaszkowatej. Również daje się zauważyć większa ilość tkanki łącznej, w której grubych beleczkach znajdujemy dość znaczne zmiany szkliste. Poza tem brak w szyszynce innych, spotykanych tu tworów.

Część tylna przysadki mózgowej stanowi objętościowo 1/4 całej przysadki i zawiera zaledwie ślady brunatnawego barwika, układającego się wśród włókienek glejn. Część pośrednia słabo rozwinięta. W części przedniej mało naogół komórek eozynochłonnych, przeważają zaś absolutnie główne. Również niezbyt licznie występują komórki bazochłonne. W jednem miejscu, prawie na granicy części tylnej i przedniej, znajduje się okrągławy dość duży twór, o średnicy 1875 μ, składający się z komórek głównych, które układają się pasmami i cewkami naokoło naczynia. Jest to często spotykany w przysadce mózgowej gruczolak.

W gruczołach przytarczycznych komórki układają się w postaci dużych ognisk, płatowo i wykazują ostre zarysy. Brak zupełnie komórek kwasochłonnych. Naogół bardzo mało widać tu tkanki tłuszczowej wśród komórek, jak również znajdujemy tylko delikatne, drobne pasemka tkanki łącznej. W różnych miejscach występują dość liczne twory, przypominające pęcherzyki tarczycy, o średnicy do 21·6 μ, wypełnione kolloidem eozynochłonnym lub amfochłonnym, czasami zaś ziarnistą masą, różowo barwiącą się eozyną. Nabłonek, wyścielający te twory, jest płaski, lub też kostkowy, nizki.

Tarczyca okazuje dość znaczne zmiany. Widzimy w niej znaczny i nadmierny rozwój tkanki łącznej, która miejscami otacza każdy pęcherzyk tarczycy oddzielnie. W tkance łącznej występują dość znaczne zmiany szkliste, a tu i owdzie nacieki z limfocytów. Naczynia tarczycy rozszerzone i wypełnione krwią, niektóre wykazują zgrubienie błony wewnętrznej. Pęcherzyki różnej wielkości od 21·6 μ w średnicy, do 162 μ, wypełnione kolloidem eozynochłonnym, zbitym, popękanym. Poza tem tu i owdzie widzimy ogniska skupień komórkowych, o charakterze komórek pęcherzyków, lecz bez światła i zróżniczkowania w charakterystyczne dla tarczycy pęcherzyki. W komórkach pęcherzyków, jak również w ogniskach skupień komórkowych występują wyraźnie liczne, drobne kulki tłuszczowe, które miejscami znajdujemy nawet w jądrach komórek.

Trzustka nie okazuje zmian szczególnych. Wysepki Langerhansa duże i liczne, o średnicy od 75·6 μ do 140·4 μ. Komórki wysepek układają się pasmowato i mają wyraźne, ostre zarysy. We wszystkich komórkach gruczołów trzustkowych oraz wysepek Langerhansa znalazłem dość obficie kulki tłuszczu.

Jajniki okazują daleko posunięty zanik. Dużo w nich tkanki łącznej, dużo komórek śródmiąższowych, bardzo liczne ciała białawe, prawie zupełny brak pęcherzyków jajkowych.

Nadnercza dobrze rozwinięte. Średnia szerokość istoty rdzeniowej wynosi 2187·5 μ, choć miejscami dochodzi i do 3125 μ. Natomiast szerokość istoty korowej w najszerszych miejscach nie przenosi 1250 μ, średnio zaś wynosi 937·5 μ. Komórki kory tylko miejscami okazują nieco wyraźniej zaznaczającą się gąbczastość. Lipoidów w nich naogół dość dużo, szczególniej w warstwie pasmowatej kory, mniej znacznie w kłębkowej i siatkowatej. Miejscami występują ogniskowe braki lipoidów w komórkach wszystkich trzech warstw kory, od obwodu, aż do istoty rdzeniowej. W istocie siatkowatej mało barwika. Istota rdzeniowa jest dobrze i prawidłowo rozwinięta i co do szerokości i co do cech jej komórek. Należy tu zauważyć, iż w stosunku do wieku zmarłej szerokość tej istoty jest jednak nadmierna w porównaniu do rozwoju istoty korowej, gdyż w większości przypadków w tym wieku szerokość obu tych istot powinna być mniej więcej jednakową. Mamy tu więc do czynienia z nadmiernym rozwojem istoty rdzeniowej. Co się tyczy jej komórek, to wyglądają one prawidłowo, są dość duże, mało wakuolizowane, jednak chromują się słabo, a miejscami nie chromują się nawet zupełnie, co zresztą zależne jest w zupełności od stanu osobnika w chwili jego śmierci, od choroby mniej lub więcej wycieńczającej, na którą dany osobnik zmarł. W zwojach układu współczulnego spotykamy również liczne komórki chromochłonne, które naogół chromują się lepiej, niż komórki w istocie rdzeniowej nadnerczy.

Jeżeli ujmiemy w całości opisany przezemnie przypadek twardziny skóry, to przedewszystkiem muszą zwrócić na siebie uwagę dwie rzeczy, a mianowicie, iż odstępstwa od normy fizyologicznej dotyczą dwu grup zmian patologicznych. Pierwsza grupa — to zmiany wrodzone, druga — to nabyte.

Do pierwszej należą, poza szeregiem drugorzędnych cech, które jednak wskazują na pewne upośledzenie ustroju, a do których zaliczyć musimy: asymetryę czaszki, wrodzone braki w oponie twardej, nieprawidłowe uwłosienie około części płciowych zewnętrznych, nadmierną długość klatki piersiowej — zasadniczo ważne cechy, jak ogólny niedokształt narządów, w szczególności zaś układu tętniczego, wązkość nadmierna rdzenia przedłużonego i rdzenia, wązkość jego rogów przednich, mniejsza ilość komórek u podstawy rogów przednich i w słupach Clarkea, a więc w przypuszczalnych ośrodkach dla układu współczulnego.

Wreszcie do tego wszystkiego dodać należy nader silny, można powiedzieć, nawet nadmierny rozwój układu chromochłonnego w zwojach nerwowych współczulnych i w istocie rdzeniowej nadnerczy, oraz brak komórek kwasochłonnych, najbardziej czynnych, w gruczołach przytarczycznych, co według badań moich jest najczęściej brakiem wrodzonym.

Co się tyczy zmian patologicznych nabytych, to są one nader liczne. Wyliczam najważniejsze po kolei: Gruźlica płuc, zmiany w skórze, paznokciach, zębach, zmiany we krwi, zwyrodnienie włókniste (sclerosis) tarczycy oraz przedwczesne także zwyrodnienie jajników, zmiany w komórkach mózgowych, barwikowe zmiany w komórkach nerwowych u podstawy rogów przednich i w słupach Clarkea, zmiany w naczyniach krwionośnych, w przysadce mózgowej, brak dobrego chromowania się komórek istoty rdzeniowej nadnerczy, mała ilość barwika w komórkach warstwy siatkowatej kory nadnerczy, wreszcie ogniskowe braki lipoidów w tej korze.

Z chwilą, gdy ująłem zmiany znalezione w narządach w moim przypadku w dwie podstawowe grupy, jest mojem dalszem zadaniem wyodrębnienie z każdej z tych grup zmian, nie mających bezpośredniego związku z twardziną skóry, od zmian, bezpośrednio z nią związanych. Prócz tego, wśród tej drugiej grupy zmian musimy odróżnić te zmiany, które stać mogą w związku z patogenezą danego cierpienia, od tych, które stanowią tylko istotę twardziny skóry.

Przedewszystkiem więc wyłączyć muszę, jako nie mające żadnego związku, lub bardzo tylko luźny, z twardziną skóry: asymetryę czaszki, braki w oponie twardej, nieprawidłowości uwłosienia, nieprawidłowy kształt klatki piersiowej, zmiany w zębach, charakterystyczne dla tężyczki, zmiany we krwi, nie mające w sobie niczego charakterystycznego, zmiany w komórkach mózgowych jako takie, które spotykamy w przypadkach przedwczesnego otępienia.

Również bez ścisłejszego związku z twardziną skóry są zmiany w przysadce mózgowej, gdyż zmiany takie widywałem i opisałem już u różnych umysłowo chorych, wreszcie ogniskowe braki lipoidów w korze nadnerczy, które spotykamy stosunkowo często, a także to samo można powiedzieć i o słabszem chromowaniu się, a nawet o braku chromowania się komórek istoty rdzeniowej nadnerczy, co, jak już zaznaczyłem wyżej, jest tylko wyrazem długotrwałości i siły ostatniego cierpienia, doprowadzającego do śmierci.

Z pozostałych objawów bezpośrednim wyrazem samego cierpienia są zmiany w skórze, które, w danym przypadku, wykazują obraz trzeciego okresu twardziny skóry, z zanikiem skóry, stąd też zmiany w nabłonku, w skórze właściwej, w zanikających włóknach sprężystych skóry. Najprawdopodobniej za znajdujące się w takim samym związku z danem cierpieniem uważać musimy zwyrodnienie włókniste tarczycy i jajników.

Pozostałe, stwierdzone przezemnie odstępstwa od normy mogą już stać w pewnym związku z właściwą patogenezą twardziny skóry, o co nam chodzi w danym przypadku.

Przypomnieć tu muszę, iż do nerwic czuciowonaczyniowoodżywczych należy również, poza twardziną skóry, erytromelalgia, co do której mogę się powołać na własny, spostrzegany sekcyjnie przypadek, przedstawiony na XI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1911, a opisany w »Neurologii polskiej« w roku 1912.

W przypadku tym wysuwała się na pierwszy plan sympatykotonia, oraz zmiany we włóknach sprężystych skóry i naczyń obwodowych, które to cechy postawiłem w związku z patogenezą erytromelalgii.

W obecnym przypadku twardziny skóry możemy również z pewnością twierdzić, iż mamy do czynienia z osobnikiem w wysokim stopniu sympatykotonicznym, za czem przemawia nadmierny rozwój układu chromochłonnoadrenalinowego, przy wrodzonym upośledzonym rozwoju gruczołów przytarczycznych (brak komórek kwasochłonnych), naturalnych antagonistów tego układu.

Możnaby zarzucić tej koncepcyi, że przerost układu chromochłonnoadrenalinowego w nadnerczach jest sprawą późniejszą, wywołaną przez wzmożoną pracę tego układu, na dowód jednak, że tak nie jest, mamy bardzo nieznaczną ilość barwika w warstwie siatkowatej kory nadnerczy, który to barwik stale się zjawia przy przepracowaniu układu chromochłonnego.

Nie ulega więc wątpliwości, iż zmarła była sympatykotoniczką od urodzenia i że górował u niej ponad wszystkiem układ współczulny.

Jest to fakt pierwszy i zasadniczy.

W zgodzie z nim stoją spostrzeżenia Klingera, Hessa, Königsteina i Reinesa, o których już wspominałem, o większem napięciu układu współczulnego i nadmiernej wrażliwości na adrenalinę osobników z twardziną skóry. Z faktem tym łączą się i inne w moim przypadku, a mianowicie:

1) Niedokształt przypuszczalnych ośrodków dla układu współczulnego u podstawy rogu przedniego i w słupach Clarkea, wyrażający się nietylko przez ogólną wązkość rdzenia i rogów przednich, lecz i przez zmniejszoną ilościowo liczbę komórek.

2) Zawartość w komórkach wyżej wymienionych ośrodków dużej ilości barwika, co zwykle jest albo wyrazem starzenia się komórki, albo jej przepracowania.

3) Niedokształt ogólny układu tętniczego, co stanowi o pewnej wrodzonej jego słabości.

4) Zmiany patologiczne w drobniejszych obwodowych tętniczkach pod postacią zgrubienia, głównie błony wewnętrznej, zmian szklistych i tłuszczowych w mięśniach błony środkowej, porozrywania i zniszczenia włókienek sprężystych, jak w blaszce sprężystej wewnętrznej, tak też i w błonie środkowej, gdzie jednak zmianom tym podległy tylko włókna sprężyste okrężne.

Widzimy więc z tego, iż w danym przypadku twardziny skóry wysuwają się na pierwszy plan te same dwa szczegóły, co i przy erytromelalgii: sympatykotonia i zmiany patologiczne w naczyniach.

Jakiż więc związek może istnieć pomiędzy temi zmianami w skórze, które stanowią główną cechę charakterystyczną dla choroby, zwanej twardziną skóry?

Zmiany w skórze powstają wskutek niedostatecznego jej odżywiania, co wiedzie do jej zaniku, niedostateczne zaś odżywianie jest wywołane przez schorzenie naczyń. Naczynia, które, jak w naszym przypadku, od urodzenia są wązkie, mają ścianę, jak to wiadomo z patologii ogólnej, słabiej uorganizowaną, bardziej podatną na różne wpływy i mniej odporną. Tymczasem układ chromochłonny, silnie rozwinięty, działa drażniąco na ośrodki układu współczulnego, co wywołuje zwiększone podrażnienie nerwów współczulnych i zwiększone ich napięcie. Ponieważ nerwy te działają w kierunku rozszerzania naczynia, czynne są więc głównie włókna sprężyste promieniste. Jako przeciwdziałanie dla nich muszą wykazać wzmożoną działalność zwężające światło naczyń włókna sprężyste okrężne i mięśnie błony środkowej. Pod wpływem nadmiernej pracy, uwzględniając to, co powiedziałem wyżej o upośledzonym ich rozwoju, podlegają one zwyrodnieniom. Dla wyrównania tych zmian przerastają warstwy ścian naczyń, głównie zaś błony wewnętrznej. Stąd obraz zmian w tętnicach, który spotkaliśmy w danym przypadku.

Zatem zmianami pierwotnemi i stojącemi w przyczynowym związku z twardziną skóry są w naczyniach krwionośnych zmiany włókien sprężystych okrężnych i mięśni w błonie środkowej, wtórnemi — zgrubienie i przerost błony wewnętrznej, wyrównawczy.

Brak zachowania zespołu pracy pomiędzy siłami, działającemi na naczynia w kierunku ich rozszerzania, a siłami, zwężającemi ich światło, wywołuje nietylko zmiany w sile napięcia ściany naczyniowej, lecz i w jej grze naczynioruchowej, czego następstwem musi być upośledzenie odżywiania tkanek wskutek zwolnienia obiegu krwi.

W stosunku do nadmiernie rozwiniętego układu chromochłonnego niedokształt ośrodków dla układu współczulnego jest niejako środkiem ochronnym w ustroju, dzięki któremu podrażnienia nerwów współczulnych nie są nadmiernie silne, co musiałoby doprowadzić również i do uszkodzenia włókien sprężystych promienistych, jak to mieliśmy w opisanym przezemnie przypadku erytromelalgii. Te właśnie wszystkie szczegóły wydają mi się leżeć w istocie patogenezy cierpienia, zwanego twardziną skóry: nadmierny rozwój układu chromochłonnego, którego działalność jednak jest hamowana przez niedokształt ośrodków dla układu współczulnego, oraz, jako następstwo tych nieprawidłowości wrodzonych, schorzenie, pod wpływem jakiejbądź przyczyny wewnętrznej czy zewnętrznej, okrężnych włókien sprężystych i mięśni w błonie środkowej drobnych tętnic, z zachowaniem włókien sprężystych promienistych.

Tak więc istotę zmian przy twardzinie skóry stanowi dysocyacya pomiędzy działaniem elementów zwężających a rozszerzających światło drobnych naczyń.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 17. V. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 33.

1) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2) Przewodniczący odczytał list prof. Estreichera w sprawie uczczenia jubileuszu prof. Laskowskiego w Genewie.

3) Kol. Rosner przedstawił niezwykły preparat, uzyskany przy operacyi. Przypadek polegał na **samorodnem przebiciu przepukliny brzusznej** pooperacyjnej (operacya z powodu ropnych guzów jajników i jajowodów) i wypadnięciu sieci przez otwór w powłokach. Operacyę wykonał kol. Rosner doszczętnie, wyciąwszy całą bliznę i warstwowo zaszywszy powłoki brzuszne. W jamie otrzewnej znalazł zrosty między jelitami. Sieć wypadłą zresekowano, jelita porozklejano. Chora ma się po operacyi zupełnie dobrze.

W dyskusyi przemawiali kol. Radliński i kol. Rosner.

4) Kol. Karol Meyer wygłosił wykład p. t. **Rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego i osutkowego.** Wątpliwości co do istnienia duru osutkowego jako odrębnej choroby wobec dokładniejszego poznania jego objawów znikły. Takimi objawami są: 1) Nagły i ciężki początek duru osutkowego. 2) Osutka w durze brzusznym nie pojawia się nigdy przed drugim tygodniem choroby, w durze osutkowym już w pierwszym; w durze brzusznym pojawia się ona naprzód na brzuchu, w durze osutkowym po bokach tułowia lub na grzbiecie, a dopiero później na brzuchu; w durze brzusznym plamki te znikają, a obok powstają nowe, w osutkowym natomiast do pierwszych, które już nie znikają, dołączają się rychło świeże tak, że za 2—3 dni wysypka jest obfita, a w cięższych przypadkach rozsypuje się po całem ciele prócz twarzy. Plamki, w obydwu chorobach zrazu podobne, później w durze osutkowym ciemnieją i zmieniają się na petocie. Obraz histologiczny plamki w durze brzusznym okazuje, jak to stwierdził Fränkel, naciek limfocytami wzdłuż i naokoło naczyń krwionośnych w skórze właściwej; w durze osutkowym zaś naciek występuje w postaci ograniczonych ognisk, jakby guzków, nasadzonych na naczyńkach i składa się z komórek, podobnych do fibroblastów, nadto powstają ogniska martwicze w śródbłonku. 3) Nastrzykanie spojówki, zwłaszcza gałki ocznej, przemawia więcej za durem osutkowym. 4) Zaburzenia psychiczne są stalsze oraz wcześniej występują w durze osutkowym. 5) Tętno w durze osutkowym jest stale przyspieszone i bardzo łatwo uciskalne. 6) Gorączka w durze osutkowym jest niejednakowa: jeden typ początku jej jest taki, jak w durze brzusznym, drugi, jak w zapaleniu płuc, w trzecim ciepłota dochodzi po 2—3 dniach do 39°—40°. 7) Białko w moczu pojawia się w durze osutkowym już w pierwszych dniach, co w durze brzusznym tylko przypadkowo się zdarza. 8) Leukocytoza, a przynajmniej brak leukopenii, przemawia za durem plamistym. 9) Badania serologiczne i bakteryologiczne rozstrzygają niejednokrotnie dopiero wówczas, gdy się je powtarza co parę dni. 10) Inne objawy, jak zmiany w gardle, zaparcie stolca, wejrzenie języka i t. d., są mniej charakterystyczne. 11) Co do swoistej aglutynacyi w durze osutkowym, wykrytej przez Weila, które to badanie również przeprowadzono w wojskowym szpitalu epidemicznym I w Krakowie, nie można jeszcze nic stanowczego powiedzieć. Każdy z wyliczonych objawów uwydatnia się więcej lub mniej, niejednego z nich może braknąć w obrazie klinicznym duru osutkowego, wszelako mimo to ogólny obraz u każdego chorego jest ten sam, monotonny, prosty, bez nawrotów i tak różnorodnych powikłań, jakie urozmaicają obraz duru brzusznego.

W dyskusyi: a) kol. Ciechanowski omawia sprawę rozpoznania histologicznego duru brzusznego i osutkowego, podnosi różnicę lokalizacyi zmian w durze osutkowym, podnosi stosunkową łatwość metody badania histologicznego oraz zachęca do jej próbowania. — b) Kol. Janiszewski zwraca uwagę, że wiadomości nasze o durze plamistym nie wzbogaciły się w ostatnich czasach wiele; nowością są spostrzeżenia Weila. Za rozpoznaniem duru plamistego przemawia fakt, że chory stykał się z chorymi na dur plamisty. — c) Kol. Latkowski podnosi charakterystyczny rozwój wysypki przy durze plamistym. Zwraca uwagę na odmianę duru brzusznego — o wysypce krwotocznej, zaznacza ważność badania bakteryologicznego i odczynu Widala. Leukopenii nie uważa za zjawisko częste w durze brzusznym.

Ważny jest natomiast spadek ciśnienia, spostrzegany przez Munka w durze plamistym. Pod względem psychicznym daje się zauważyć podniecenie w durze plamistym, odurzenie w durze brzusznym. Wreszcie omawia mowca poszukiwania w kierunku wykrycia zarazka duru plamistego. — d) Kol. Wespański opisuje pierwsze spostrzegane przez siebie przypadki duru plamistego.— e) Kol. Momidłowski podnosi ważność szybkiego rozpoznania i zaznacza, że różnice duru brzusznego i osutkowego są bardzo znaczne, wobec czego zadużo się mówi o podobieństwie. — f) Kol. Frączkiewicz zwraca uwagę, że zawszenie chorego jest szczegółem rozpoznawczym, przemawiającym za durem plamistym, wspomina dalej o charakterystycznym zapachu myszy, jaki niektórzy spostrzegli w durze plamistym, wreszcie omawia różne postacie duru osutkowego. — g) Kol. Ciechanowski zaznacza, że w durze osutkowym znaleziono zmiany naczyniowe we wszystkich narządach. Rozpoznanie duru osutkowego jest trudne, o ile spotyka się go rzadko. — h) Kol. Wachtel podnosi, że w durze osutkowym plamy na skórze pojawiają się jeszcze przed wysypką, że nie można wymacać śledziony i że często zdarza się podwójne widzenie. Nadto zwraca uwagę na kombinacye duru brzusznego i plamistego. — i) Kol. Lubecka wspomina o badaniach Hlavy oraz omawia poszukiwania zarazka duru osutkowego. — k) Kol. Latkowski zwraca uwagę, że dur osutkowy jest głównie chorobą układu krwionośnego, chorobą serca i naczyń. Od stanu też tego układu, nie zaś od układu nerwowego, zależy w niej rokowanie; kombinacyę duru brzusznego i osutkowego uważa za bardzo rzadką.

Posiedzenie d. 31. V. 1916.

Po przemówieniu przewodniczącego kol. Ciechanowskiego, który oznajmił o śmierci członka honorowego i niegdyś dwukrotnie prezesa Towarzystwa, prof. Dr Przemysława Pieniążka, i w serdecznych słowach, których wysłuchano stojąc, uczcił pamięć zmarłego, na znak żałoby posiedzenie zamknięto.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1915/16, XLII działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

IV. Posiedzenie zwyczajne d. 4. stycznia 1916.

Przewodniczący A. Staniszewski, sekretarz P. Borsukiewicz; obecnych 5 członków.

1) J. Czarnecki przedstawia:

a) chorą operowaną z powodu **wypadnięcia odbytnicy**; wypadnięcie sięgało 30 cm; stan chorej obecnie dobry, zwieracz działa prawidłowo;

b) **pęcherzyk żółciowy** z przypadku przewlekłego zapalenia dróg żółciowych;

c) omawia przypadek **ropnia mózgu pochodzenia usznego** u 70-letniego mężczyzny. Ropień w prawym płacie skroniowym przez czas dłuższy nie dawał żadnych objawów, a na krótko przed operacyą tylko objawy zakażenia (dreszcze, gorączka) bez wyraźnych objawów ogniskowych.

2. M. Garbaczewski, lekarz sanitarny m. Lublina, podaje **wykaz ruchu chorych zakaźnych** w mieście w II półroczu 1915 (od 1. VII. do 31. XII. 1915):

Rodzaj choroby	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	Razem
Dur brzuszny	10	35	80	87	73	53	338
Dur plamisty	5	12	26	38	78	212	371
Dur powrotny	—	—	—	—	—	—	—
Ospa naturalna	2	10	2	1	3	—	18
Dyzenterya	11	91	45	19	6	1	173
Cholera	10	269	125	34	—	—	438
Płonica	6	30	44	35	40	15	170
Odra	22	46	16	30	28	25	167
Błonica	1	3	1	10	13	1	29
Krztusiec	1	2	—	—	—	—	3
Razem	68	498	339	254	241	307	1707

V. Posiedzenie zwyczajne 4. lutego 1916.

Przewodniczący C. Czerwiński, sekretarz W. Jasiński; obecnych 9 członków.

1. Cz. Czerwiński przedstawił preparat **ciąży zewnątrzmacicznej** 2-miesięcznej, usuniętej po wczesnem rozpoznaniu przed pęknięciem.

2. W. Jasiński omawia sprawę wydania Pamiętnika II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie. Sprawa uległa opóźnieniu wskutek wypadków wojennych, obecnie — zdaniem J. — odkładać jej nie należy. J. przedstawia warunki wydawnictwa na zasadzie porozumienia z zarządem drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego. Po wyczerpującej dyskusyi uchwalono: 1) opracować materyał do druku, 2) wstrzymać się z wydawnictwem do czasu, kiedy możliwe będzie prawidłowe rozesłanie pamiętnika członkom Zjazdu i instytucyom, 3) zbadać warunki wydawnictwa w drukarniach miejscowych.

Projekty ustroju sanitarnego Królestwa Polskiego i Galicyi.

Wśród prac przygotowawczych dla przyszłego ustroju państwowego Polski najwcześniej stały się przedmiotem publicznej dyskusyi zasady ustroju sanitarnego zarówno w niezależnem Królestwie, jak i w Galicyi, w razie jej wyodrębnienia. Podjęcie tej dyskusyi dowodzi, że lekarze polscy mają poczucie swych obowiązków obywatelskich. Dyskusya ta rozpoczęła się w Warszawie jeszcze na parę miesięcy przed aktem z d. 5 listopada 1916 roku.

Doniosłość sprawy wymaga krótkiego choćby streszczenia projektów, dotąd ogłoszonych. Jest ich sześć: Dr Józefa Jaworskiego (Zdrowie 1916, zeszyt 11), Dr W. Chodźki (Gazeta lekarska 1916, Nr. 52, Medycyna 1916, Nr. 53), Doc. Dr Tomasza Janiszewskiego (Polskie ministerstwo zdrowia publicznego, Kraków 1916), Dr Józefa Polaka (Zdrowie 1917, zeszyt 1 i 2, oraz osobna odbitka, uzupełniona projektem prawa o ochronie zdrowia publicznego), oraz odnoszące się tylko do ewentualnie wyodrębnionej Galicyi uchwały wszystkich korporacyi lekarskich galicyjskich i szczegółowsze nieco uchwały obu Izb lekarskich galicyjskich.

I. Zasady, podane przez Dr Jaworskiego, streszczają się w następującem:

1. Administracya sanitarna składa się z pięciu stopni: 1) Komisya sanitarna gminna pod przewodnictwem lekarza gminnego, wyznaczonego i utrzymywanego przez gminę. 2) Okręg sanitarny. 3) Urząd lekarski powiatowy (fizykat powiatowy) pod kierunkiem lekarza powiatowego z doradczym organem, Radą sanitarną powiatową. 4) Urząd lekarski wojewódzki z lekarzem na czele, a Radą sanitarną wojewódzką przy boku. 5) Krajowa Centralna Rada zdrowia pod przewodnictwem protomedyka (głównego inspektora służby zdrowia w kraju), złożona z lekarzy, przeważnie z wyboru (Towarzystw lekarskich, Wydziału lek. w Warszawie, Izby lekarskiej krajowej), a mająca za organ doradczy Centralny Komitet higieniczny (wzorowany np. na ustroju Towarzystwa higienicznego warszawskiego).
2. Wszystkie urzędy lekarskie zależne są od Krajowej Centralnej Rady zdrowia, która wydaje polecenia fizykatom powiatowym, a te lekarzom powiatowym, obwodowym, miejskim, oraz organom pomocniczym.
3. Zakres działania Krajowej Rady obejmuje sprawy administracyjno-sanitarne, policyjno-sanitarne, sądowo-lekarskie i naukowe. Oprócz właściwej policyi sanitarnej dotyczy on także ustaw budowlanych, szkolnych, spraw szpitalnictwa, zdrojownictwa, ubezpieczeń społecznych (na wypadek choroby), opieki nad macierzyństwem i niemowlętami.
4. Naczelny kierunek zarządu sprawami zdrowia publicznego należy tak w Krajowej Radzie zdrowia, jak i fizykatach, do lekarzy, którym należy pozostawić pewną samodzielność, zarówno w ramach hierarchii urzędowej, jak i w stosunku do władz administracyjnych politycznych (co Dr Jaworski nazywa »decentralizacyą autonomiczną«.
5. Dualizm władz (państwowa i lokalna) upośledzałby sprawność organizacyi sanitarnej.
6. Udział obywatelstwa wszystkich stanów w charakterze doradczym (n. p. w komisyach sanitarnych) na wszystkich sto-

pniach organizacyi sanitarnych powinien być liczebnie wybitny i stały.

II. Dr Chodźko (w referacie, odczytanym na posiedzeniu budżetowem Rady miejskiej warszawskiej) stwierdziwszy, że zasadnicze typy organizacyi sanitarnej istnieją tylko dwa: samorządowy (w Anglii) i policyjny (w Prusach), wyraża zdanie, że żaden z tych skrajnych typów nie jest dla naszych stosunków odpowiedni, natomiast upatruje wiele zalet w organizacyi sanitarnej polskiej, funkcyonującej w Królestwie od roku 1838 do 1867 na następujących zasadach:

1. Skupienie władzy wykonawczej w jednem ręku (głównego inspektora lekarskiego), nie zaś w ciele kolegialnem (Radzie lekarskiej, która była tylko instytucyą rzeczoznawczą i normującą), a to z obarczeniem jednostki (głównego inspektora) całkowitą odpowiedzialnością za wykonawstwo.
2. Całkowicie niezależna od władz administracyjnych niższych sieć zarządów lekarskich, tworząca osobny Wydział Komisyi spraw wewnętrznych, na którego czele stał główny inspektor lekarski, podległy jedynie wprost ministrowi.
3. Dopuszczenie do głosu przedstawicieli społeczeństwa w postaci t. zw. członków honorowych przy urzędach lekarskich gubernialnych.

Zdaniem Dr Chodźki »przetworzenie takiego ustroju, idealnie niemal dopasowanego do naszych warunków, na odrębne ministerstwo zdrowia publicznego, byłoby naturalną konsekwencyą tego świetnego pomysłu organizacyjnego«.

Na tych zasadach opiera Dr Chodźko projekt organizacyi sanitarnej Warszawy (lekarz naczelny z doradczem gronem u boku, w którem, prócz lekarzy, zasiadają i obywatele miasta, lekarze okręgów z okręgowemi opiekami sanitarnemi, jako organami doradczymi, sanitaryusze, jako niższe organa sanitarne, bezpośrednio podległe lekarzom okręgowym), ale tesame zasady, jako najlepsze także w organizacyi sanitarnej całego kraju, prawdopodobnie będzie Dr Chodźko popierać w Departamencie spraw wewnętrznych Rady Stanu, w którym jest, jak słychać, referentem spraw sanitarnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 4. IV. b. r. posiedzenie, na którem odbył się wykład Dr R. Spiry: »Choroby uszne a służba wojskowa«. W dyskusyi zabierali głos Dr Birnbaum i prelegent.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 11. kwietnia w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).

— D. 31. III. 1917 odbyło się w Domu Towarzystwa lekarskiego pod przewodnictwem Dr Szymona Bernadzikowskiego posiedzenie Krajowej Komisyi zwalczania gruźlicy. W posiedzeniu wzięli udział: z Namiestnictwa: referent sanitarny Dr Lachowicz, inspektor san. Dr Kuhn; z Wydziału krajowego: Dr Szymon Bernadzikowski, Dr Müller, architekt Kamienobrodzki, wicesekretarz Ostrowski-Belza; zaproszeni: z Koła krakowskiego Tow. walki z gruźlicą: hr. Antoni Wodzicki, prof. Dr Kostanecki, doc. Dr Janiszewski; z Koła lwowskiego: prof. Dr Wiczkowski i Dr Selzer; z Uniwersytetu Jagiellońskiego: prof. Dr Latkowski; z Uniwersytetu lwowskiego: prof. Dr Gluziński; z Krajowego Czerw. Krzyża: książę Paweł Sapieha i prof. Dr Panek ze Lwowa; z Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami: r. dw. Brückner i Dr Momidłowski, z delegatów Kas chorych p. K. Osiowski. Przedmiotem obrad było wyczerpujące omówienie rozmaitych projektów i prac, zmierzających do zwalczania gruźlicy w naszym kraju. Po ożywionej dyskusyi, uchwalono, jak podają dzienniki, »rozmaite wnioski«. Obradowano również nad projektem statutu Komisyi zwalczania gruźlicy w Galicyi. Przy tem podniesiono, że gdy inne kraje monarchii, choć są w znacznie lepszem położeniu, niż Galicya, otrzymują od rządu stosunkowo duże subwencye na cele zwalczania gruźlicy, to nasz kraj, mimo największego zagrożenia pod tym względem, nie otrzymał dotąd żadnych funduszów. Uchwalono wysłać deputacyę do Wiednia z przedstawieniem stanu rzeczy i żądać od rządu należnej pomocy. W skład deputacyi weszli: hr. Antoni Wodzicki, książę Paweł Sapieha, prof. Dr Kostanecki, doc. Dr Janiszewski, prof. Dr Gluziński. Biuro Krajowej Komisyi zwalczania gruźlicy wkrótce będzie otwarte w Krakowie.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Jan Morek, rodem z Warszawy.

Lwów. Kliniki uniwersyteckie, które na czas wojny odstąpiono Gal. Czerwonemu Krzyżowi, z nadchodzącem półroczem letniem będą mogły być uruchomione i użyte dla celów klinicznych. W lutym nastąpiło oddanie klinik przez Czerwony Krzyż. Zaraz też przystąpił Wydział krajowy do przeprowadzenia odpowiednich rekonstrukcyi i adaptacyi. Na razie odnowiono i oddano do użytku ambulatoryum kliniki chirurgicznej; reszta klinik w najbliższym czasie będzie gotowa do użytku.

— Dur plamisty, który, zawleczony z końcem lutego, wystąpił we Lwowie endemicznie w jednej dzielnicy (31 przypadków w jednym tygodniu), dzięki energicznym zarządzeniom został w zarodku stłumiony. W ostatnich 2 tygodniach zachorowało tylko 5 osób, z tych 3 miały łączność z poprzednimi przypadkami, zaś 2 były obce. W domu obserwacyjnym pozostaje obecnie z początkowych 65 tylko 5, w leczeniu zaś jest obecnie kilkanaście osób chorych. Ogółem leczonych było około 50 osób.

Warszawa. Towarzystwo medycyny społecznej organizuje zebrania dyskusyjne w sprawach medycyny wojskowej. Na pierwszem zebraniu referował pułkownik Berbecki o roli lekarza, jako oficera, a Dr Rudzki o roli lekarza armii polskiej na froncie i w etapach.

Z różnych stron. W schronisku dla lekarzy »Ärzteheim« w Maryenbadzie będzie wolnych w r. b. od maja do września 65 miejsc (po 13 co miesiąc). Podania należy wnosić do Zarządu schroniska (Vorstand des Vereines Ärztliches Erholungsheim in Marienbad) z wymienieniem miesiąca, w którym podający chciałby w schronisku zamieszkać. Oprócz bezpłatnego mieszkania mają przyjęci do schroniska bezpłatne kąpiele, zniżone ceny w restauracyach i t. d. Pierwszeństwo mają członkowie Towarzystwa (wkładka przynajmniej 5 koron), a wśród nich ci, których zdrowie ucierpiało wskutek pracy wojennej.

Zmarli: znakomity bakteryolog prof. Behring w Marburgu.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 11. kwietnia** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykłady prof. Dr Godlewskiego i Dr Dadeja: 1) Zwalczanie epidemii zapomocą kolumn sanitarnych. 2) Spostrzeżenia nad durem osutkowym.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 14. kwietnia 1917. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynki do rokowania i leczenia wiewióra u kobiet

podał

Dr Franciszek Walter,

tymcz. kierownik oddziału.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lek. 28. II. 1917).

Niewiele jest jednostek chorobowych, o których tyleby istniało zdań rozbieżnych, jak o wiewiórze u kobiet. Sprawa zupełnego wyleczenia wiewióra u kobiet, od dawna obszernie rozpatrywana, nabrała w dzisiejszych czasach wyjątkowego znaczenia. Z jednej bowiem strony wiąże się ona z uwolnieniem kobiety od ustawicznie grożących jej cierpień, a co najważniejsze, bezpłodności, z drugiej strony ma ona wagę dla sprawy prostytucyi; wyleczenie bowiem prostytutek stanowiłoby najlepszy sposób, ochraniający przed zakażeniem wiewiórowem.

Jeżeli rzucimy okiem na piśmiennictwo dawniejsze a dzisiejsze, dotyczące tej sprawy, to uderzy nas wielka sprzeczność zdań, zwłaszcza co do rokowania trwałego wyleczenia. Przed leczeniem miejscowem wiewióra przestrzegają lekarze chorób kobiecych, twierdząc, że osiągnięcie trwałych wyników leczenia jest trudne i żmudne, a zbyt wczesne podjęcie leczenia może nawet przynieść chorym szkodę. Twierdzą dalej, że w leczeniu macicy trzeba postępować nader ostrożnie, nie rozpoczynać zabiegów wcześnie, dopiero po dłuższym okresie czasu; okres taki wynosić ma mniej więcej około 6 miesięcy (Menge). Nawet okres, w którym objawy kliniczne i podmiotowe przycichną, może być jeszcze zawczesnym, ze względu na możliwość nawrotów i zaostrzenia się sprawy w przydatkach, ewentualnie zajętych sprawą chorobową. Innego zdania są lekarze chorób wenerycznych. Udowadniając statystycznie znaczny odsetek zupełnego i trwałego wyleczenia, radzą oni, w przeciwieństwie do ginekologów, jak najszybciej rozpocząć leczenie, gdy tylko przeminą gwałtowne objawy, a w przypadkach, gdzie objawy zbyt silnie nie występują, natychmiast po objęciu chorej kobiety w leczenie (Jadassohn).

Pesymistyczne poglądy lekarzy chorób kobiecych i pewnej grupy lekarzy chorób wenerycznych (Behrend, Kromayer) co do nieuleczalności wiewióra u kobiet uległy wskutek nowych sposobów leczenia — zachwianiu. Chociaż przeciwnicy wczesnego leczenia zarzucają lekarzom chorób wenerycznych wywoływanie zapaleń przydatków przez podjęcie miejscowego leczenia przy schorzeniu szyjki macicznej, to jednak spostrzeżenia autorów, zwłaszcza Pontoppidana, udowadniają niezupełną pewność tych twierdzeń. Pontoppidan (Gonorrhoe der weiblichen Genitalia interna) na znacznym materyale stwierdził, że stosunek przypadków leczonych miejscowo z powodu schorzenia szyjki macicy jest taki sam, jak nie leczonych. Zajęcie bowiem przydatków wystąpiło w 17·20% przypadków leczonych miejscowo, a w 19·18% przypadków, w których nie zastosowano żadnych zabiegów miejscowych. Wynika stąd, że zabiegom miejscowym nie należałoby przypisywać większego znaczenia przy powstawaniu zapaleń przydatków. Pontoppidan twierdzi dalej, że te cierpienia niekoniecznie powstają przez ciągłość (per continuitatem), ale że mogą powstawać drogą obiegu krwi; w ostatnich bowiem czasach przypadki ogólnego zakażenia dwoinkami wiewiórowemi stwierdzano nierzadko i dostatecznie udowodniono cały szereg przerzutów na tej drodze. Również i Neisser w ostatniej swej rozprawie (Zur Frage der Ätiologie der Adnexerkrankungen) zwraca się przeciw twierdzeniom lekarzy chorób kobiecych, zarzucając im zbytnią pochopność w określaniu zajęcia błon śluzowych narządu rodnego, a zwłaszcza przydatków, jako sprawy wiewiórowej, jeżeli kiedykolwiek mąż chorej przechodził wiewiór. Ginekologowie nie posługują się bowiem przy rozpoznawaniu badaniem drobnowidowem, a przecież przyczyną zapalenia może być tu cały szereg bakteryi, tak obficie znajdujących się na błonach śluzowych narządu rodnego kobiety.

Sprawa uleczalności wiewióra nabiera podwójnej wagi dla lekarzy oddziałów szpitalnych lub klinicznych, do których doprowadzane bywają prostytutki i kobiety dla przymusowego leczenia. Gdybyśmy bowiem szli za ostrożnemi radami lekarzy chorób kobiecych i wyczekiwali sposobnej chwili, która nieraz nadarzyć się może po miesiącach, stworzylibyśmy niemożliwe warunki na oddziałach — z powodu przepełnienia — lub też musielibyśmy być w rozterce ze swem sumieniem, gdybyśmy, wątpiąc o wyleczalności wiewióra kobiet, odsyłali z powrotem chore prostytutki w tym stanie, w jakim je przysłał lekarz sanitarny do leczenia. Ale i na jedną jeszcze rzecz należy zwrócić baczną uwagę. Jeżeli mimo przeprowadzonego leczenia widoki trwałego powrotu do zdrowia mogą być wątpliwe i sprawa chorobowa mimo dobrych wyników badania drobnowidowego ma dalej istnieć, — to zastanowić się należy nad pytaniem, czy mamy prawo zamykać w gmachach szpitalnych chore, pozbawiać wolności setki kobiet, aby wykonywać tylko pozory leczenia. Za ideał dzisiejszej kontroli sanitarnej prostytutek uważamy możliwość wczesnego rozpoznania wiewióra, — ale pocóż mamy zadawać sobie tyle trudów, pocóż łożyć mamy takie koszta na odpowiednie urządzenia i lekarzy, aby rozpoznać wiewióra, a potem wcale go nie leczyć lub otrzymać tylko pozorne wyniki lecznicze.

Neisser, tak wiele zajmujący się tą sprawą, kładący nacisk na wczesne rozpoznanie, radzi jak najszybciej rozpoczynać leczenie miejscowe, gdyż wiewiór kobiet jest chorobą bezwątpienia uleczalną, i to dąleko szybciej, niż

ogólnie przyjęto. Rychłe zaś rozpoczęcie leczenia jest tem bardziej wskazane, bo należy usunąć możność przerzucenia się sprawy chorobowej na ważne narządy.

Wyniki lecznicze wielu autorów na dużym materyale chorych potwierdzają możliwość wyleczenia. Schultz, stosując 10% rozczyny azotanu srebra, uzyskał wyleczenie zupełne wiewióra macicy w 57·5%; okres leczenia trwał przeciętnie 70—80 dni. Alma Sundquist osiągała dobre wyniki przy zajęciu cewki w 94% i 97% w przypadkach ostrych, a w 89 i 100% w przypadkach przewlekłych, stosując znane sposoby i środki, a także i rozczyny kwasu solnego; w leczeniu zaś szyjki macicznej uzyskała 84 i 87% wyleczeń w ostrych przypadkach wiewióra, 94 i 110% w przypadkach przewlekłych. Marschalko średnio w 28 dniach przy zajęciu cewki, a w 56 dniach przy zajęciu szyjki macicznej, otrzymywał zupełne wyleczenie. Także Lappe, Paradi, Birger, w znacznych odsetkach uzyskiwali bardzo dobre wyniki.

Prawdą jest jednakowoż, że wyniki lekarzy chorób kobiecych zawsze będą gorsze od wyników lekarzy chorób wenerycznych, a wchodzi tu w grę, jak słusznie zauważa Marschalko, materyał, jakim się rozporządza. Do ginekologów zgłaszają się w celach leczenia kobiety zamężne, które nabyły wiewióra w pożyciu małżeńskiem, przebyły jedną lub więcej ciąży i są przeważnie dotknięte ciężkiemi schorzeniami przydatków. Wskutek więc długo trwającej choroby odsetek przypadków bardzo trudnych do wyleczenia, a nawet wprost niewyleczalnych, wzrasta. Natomiast materyał lekarzy chorób wenerycznych składa się z osób młodych, które nie zachodziły jeszcze w ciążę, a znajdują się w początkowych okresach choroby, o wiele podatniejszych do leczenia. Ma to szczególnie wielkie znaczenie dla prostytucyi, usuwa bowiem źródła zakażenia, stwarzając tem samem dobre warunki, ochraniające przed zakażeniem.

Tak więc niezbędnym warunkiem wyleczenia wiewióra u kobiet jest leczenie miejscowe. Takie leczenie jest konieczne, mimo przestróg lekarzy chorób kobiecych, którzy (na ich czele w ostatnich czasach Menge) uważają wiewióra błony śluzowej macicy za »noli me tangere«, a także w przypadkach przewlekłych radzą zaniechać leczenia miejscowego macicy, zwłaszcza wstrzykiwań.

Trudności leczenia wiewióra u kobiet są doskonale znane, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych, zaniedbanych, w których dwoinki wiewiórowe nietylko znajdują się na błonie śluzowej cewki moczowej, macicy i t. d., ale wnikają w głębsze jej warstwy, a nawet w tkankę podśluzową. Szczególnie niekorzystną jest okoliczność, że cewki moczowej kobiecej nie można tak dobrze wypełnić środkiem leczniczym i rozciągnąć, jak męskiej. Dlatego też w ostatnich czasach starano się podać sposób leczenia, któryby, omijając te złe warunki, mógł w krótkim czasie doprowadzić do wyleczenia. Jeden z najlepszych dotychczasowych sposobów, stosowanie pręcików z masła kakaowego w połączeniu ze środkami bakteryobójczymi, daje się zastosować dobrze w przypadkach zajęcia cewki moczowej i odbytnicy (czopki), natomiast w przypadkach wiewióra macicy zastosować się nie daje. To też Almquist, po dłuższych próbach na znacznym materyale chorych, opracował odrębną metodę leczenia wiewióra kobiet, a wyniki, które zdołał osiągnąć, były bardzo zachęcające.

Almquist uważa za czynnik dodatni w leczeniu wiewióra u mężczyzny możność napięcia ścian cewki moczowej przez wstrzykiwanie odpowiednich płynów, a co za tem idzie, wygładzenie wszelkich fałdów i zaułków błony śluzowej; przez zamknięcie ujścia cewki moczowej działanie może trwać dłuższy czas. U kobiety nie da się to osiągnąć, gdyż płyn wlewa się natychmiast do pęcherza. Tak samo i w leczeniu szyjki macicy przez tuszowanie płynami, niszczącymi dwoinki Neissera, osiąga się działanie, tylko krótki czas trwające. Również stosowanie pręcików nie jest wystarczające.

Sposób leczenia Almquista polega na zastosowaniu środka, który wskutek swojej wielkiej spoistości i lepkości pozostaje przez dłuższy okres czasu w tem miejscu, na które chcemy zadziałać. Głównym składnikiem jest guma tragankowa (tragacantha), nadająca lekowi spoistość. Poprzednikiem Almquista na tej drodze był już Schindler, który oceniając wartość takiej masy, polecał jako zaróbkę (vehiculum) masę ślizką, zawierającą wodę; ponieważ jednak wskutek zawartości cyanku rtęciawego (hydrargyrum oxycyanatum) masa ta drażniła błonę śluzową, polecał Schindler agar wodny wyjałowiony z dodatkiem gumy lub dekstryny dla osiągnięcia większej spoistości. Środek Almquista ma zbitość półpłynnej galarety, łatwo dającej się wciągnąć do strzykawki, czepia się z łatwością błon śluzowych, przylegając do nich ściśle przez dłuższy czas. Skład tego środka jest następujący: Gummi tragacanth. 3,0, Aq. dest. 200,0, Spiritus vini 2,50. Jako środka przeciw dwoinkom wiewiórowym używa Almquist albarginy 1%.

Technika stosowania jest bardzo prosta. Do cewki moczowej, którą przepłukano rozczynem albarginy, wstrzykuje się podany środek w ilości około 3 cm³. Płyn rozciąga błonę śluzową, część jego wydobywa się z otworu cewki. Podobnie postępuje się w leczeniu odbytnicy, wówczas jednak używa się 20 cm³ środka Almquista. Przy leczeniu szyjki macicznej zabieg jest nieco bardziej złożony. Po założeniu wziernika (rurkowatego) i po nastawieniu części pochwowej macicy, oczyszcza się dokładnie ujście macicy rozczynem perhydrolu 3% dopóty, aż wszelki ślad wydzieliny zniknie. Następnie wprowadziwszy odpowiednio sporządzoną strzykawkę ze stożkowatą nasadką, wstrzykuje się całą zawartość strzykawki (około 3 cm³) wprost do jamy macicznej. Niezawsze wszystka zawartość strzykawki dostaje się do macicy. Skoro tylko napotyka się na silniejszy opór, przestaje się wstrzykiwać. Almquist nie przeprowadzał leczenia w przypadkach zajęcia przydatków, gdy powikłania te były znacznego stopnia; przy powikłaniach niezbyt wybitnych stosował leczenie bez najmniejszej szkody dla chorej. Wyniki, jakie Almquist otrzymywał, były wprost znakomite, a statystyka jego jest tem ciekawsza, że obejmuje obserwacyę chorych po skończonem leczeniu przez długie okresy czasu: 189, 210, 482! dni. Stosunki płciowe z wyleczonemi kobietami nie wywoływały zakażenia mężczyzn.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« pod Łodzią.
(Dyrektor Dr. med. Antoni Mikulski).

Przyczynek do leczenia otępienia wczesnego nukleinianem sodu.

Podał

Eufemiusz Herman.

(Dokończenie).

IV. Chory Cz. L., l. 17, kawaler, bez zawodu, przybył do szpitala d. 31. X. 1915 r.

Rodzice chorego żyją — zdrowi. Alkoholu nie używali. Chorób umysłowych w rodzinie nie było. Czworo rodzeństwa chorego cieszy się zupełnem zdrowiem. Chory rozwijał się prawidłowo; uczył się źle; w 14 roku życia szkołę porzucił. Pomagał nieco ojcu przy towarach. Usposobienie spokojne i łagodne.

Obecna choroba datuje się od 4 tygodni. Razu pewnego, podczas nabożeństwa, chory zemdlał, jak gdyby przeląkł się czegoś. Od tego czasu, wbrew swemu stałemu usposobieniu, chory stał się bardzo gadatliwym; zdawało mu się, że otoczenie uważa go za szpiega; z żołnierzami chciał udać się do Prus na wojnę. Łatwo popadał w gniew.

Przy badaniu wstępnem ze strony narządów wewnętrznych zmian nie zauważono; co się tyczy układu nerwowego, stwierdzono tylko żywe odruchy kolanowe i skórne. Przy badaniu stanu psychicznego wpada w oczy zupełna dezoryentacya chorego w czasie i otoczeniu, w mniejszym stopniu w przestrzeni. Nadto nieznaczne upośledzenie pamięci.

6. XI. 1915 r. Chory biega bez celu po pokoju; rozmawia z nieobecnym ojcem, widzi jakieś postacie na sali. Jada mało, dopiero pod przymusem. Nie sypia. Nie zanieczyszcza się moczem. 18. II. 1915 zahamowanie.

W czasie od 28. XII. do 30. I. 1916 r. chory otrzymał 9 wlewań nukleinianu sodu w dawkach następujących: 28. XII. — 1,0 gr.; 30. XII. — 1,5 gr.; 3. I. — 2,0 gr.; 10. I. — 2,5 gr.; 12. I. — 3,0 gr.; 20. I. — 3 gr.; 24. I. — 3,5 gr.; 28. I. — 4,0 gr.: 30. I. — 4,5 gr. Ogółem otrzymał chory 25,0 gr. nukleinianu sodu. Po pierwszych wlewaniach ciepłota oddziaływała dobrze, dochodząc do 38,9°, atoli po następnych wstrzykiwaniach, mimo, iż dawki odpowiednio zwiększaliśmy, ciepłota wznosiła się w stopniu mniejszym, wahając się zazwyczaj między 37,5° a 37,9°.

Po miesiącu chory opuścił szpital ze znacznem polepszeniem stanu psychicznego, dokładnie zoryentowany w czasie, miejscu i otoczeniu, dając rzeczowe odpowiedzi na zadawane pytania.

V. M. F., 23 l., z zawodu robotnik fabryczny, przybył do szpitala 11. V. 1914 r.

Rodzice chorego żyją, zdrowi. Alkoholu nie używają. Siedmioro rodzeństwa chorego są zdrowi. W rodzinie chorób umysłowych nie było. Chory rozwijał się prawidłowo. Zdolny, jednak bardzo leniwy, wystąpił z IV klasy szkoły. Wyjechał za granicę, gdzie uczył się języków, zarazem apretury wstążek. Po roku wrócił na wakacye do domu, nie objawiając swem zachowaniem się nic nienormalnego. Lubił bardzo wódkę, upijał się jednak bardzo rzadko. Przed 2 laty został wzięty do wojska; po 6 miesiącach został jednak zwolniony z powodu choroby umysłowej. Przywieziony do domu, przez pierwszy tydzień zachowywał się prawidłowo, nawet zamierzał rozpocząć pracę w fabryce. Wkrótce atoli zaczął często popadać w stan silnego podniecenia, w czasie którego darł ubranie, bił otaczających, krzyczał, że go wojsko bije, płakał, okazywał lęk. 5 miesięcy spędził wówczas w zakładzie pod Warszawą.

Przy badaniu przedmiotowem stwierdza się zajęcie obu szczytów przez sprawę gruźliczą o charakterze postępującym. Ze strony układu nerwowego zmian niema. Przy badaniu stanu psychicznego chory odpowiada na pytania niewyraźnie, przeważnie nie do rzeczy, okazując zupełną dezoryentacyę co do miejsca, czasu i otoczenia, nadto zaburzenia pamięci.

W przebiegu dość wyraźne urojenia wzrokowe, które niekiedy stają się przyczyną wysokiego podniecenia psychomotorycznego oraz konfliktów z otoczeniem. Do rodziny, która go często odwiedza, nie przyznaje się chory wcale, a po spożyciu przyniesionych łakoci przechodzi względem odwiedzających go do czynów agresywnych.

Od d. 28. XII. 1915 r. chorego poddano leczeniu nukleinowemu: 28. XII. — 1,0 gr.; 30. XII. — 1,5 gr.; 3. I. — 2,0 gr.; 10. I. — 2,5 gr.; 12. I. — 3,0 gr.; 20. I. — 3,0 gr.; 24. I. — 3,5 gr.; 28. I. — 4,0 gr.; 30. I. — 4,0 gr. Ogółem zatem otrzymał chory w 10 wstrzyknięciach 24,5 gr. nukleinianu sodu.

Najwyższa ciepłota po wlewaniu wynosiła 39.9°, przeważnie atoli wahała się pomiędzy 38.5° a 39.5°.

Chorego mieliśmy w obserwacyi w ciągu następnych 8 miesięcy; d. 24. VIII. 1916 r. chory z powodu postępujących naprzód suchot płucnych życie zakończył.

W psychice chorego nie mogliśmy zauważyć żadnej poprawy. Stan długotrwałego osłupienia był nieodłącznym towarzyszem chorego aż do samej śmierci, mimo, iż chory z powodu suchot płucnych stale znacznie gorączkował.

VI. Str. W., 22 l., kawaler, z zawodu pracownik w fabryce gilz, przybył do szpitala 4. IX. 1915.

Dokładnych wywiadów brak, ponieważ chory został dostarczony do szpitala przez władze.

Przy badaniu wstępnem nie zauważa się żadnych zmian ani ze strony narządów wewnętrznych, ani ze strony układu nerwowego.

Przy badaniu stanu psychicznego stwierdza się dezoryentacyę w czasie, miejscu i otoczeniu. Na zadawane pytania chory odpowiada powoli, wiele z nich omija zupełnem milczeniem. Uskarża się, że »głos mu lata«, »język nie jest tak prosty, jak powinien być«, i t. d.

W czasie od d. 28. XII. do 30. I. 1916 r. chory otrzymał 9 wstrzyknięć nukleinianu sodu w dawkach następujących: 28. XII. — 1,0 gr.; 30. XII. — 1,5 gr.; 3. I. — 2.0 gr.; 10. I. — 2,5 gr.; 12. I. — 3,0 gr.; 20. I. — 3,0 gr.; 24. I. — 3,5 gr.; 28. I. — 4,0 gr.; 30. I. — 4,0 gr.; ogółem 24,5 gr. Najwyższa ciepłota wynosiła 38,6°, przeważnie atoli wahała się pomiędzy 37,4° a 37,9°. Tętno odpowiednio do ciepłoty przyspieszone. Chory poddawał się wlewaniom bardzo niechętnie, przeważnie pod przymusem, darząc lekarza po każdem wstrzyknięciu niezbyt salonowymi zwrotami, niekiedy nawet przechodząc względem niego do czynów agresywnych.

Jakkolwiek naogół ciepłota słabo oddziaływała na wstrzyknięcia, niemniej już w drugiej połowie leczenia wpadała w oczy znaczna poprawa psychiki chorego. tak że już 6. II. 1916 r. chory, zupełnie zoryentowany w czasie, miejscu i otoczeniu, dając rzeczowe odpowiedzi na zadawane pytania, opuścił na własne żądanie szpital.

Po 2 miesiącach chory zjawił się u nas w bardzo dobrym stanie psychicznym i fizycznym w celu odebrania świadectwa ze szpitala. Dziękując za wszystko, podał, że pracuje w jakiemś przedsiębiorstwie.

VII. T. K., 29 l., kawaler, z zawodu biuralista, przybył do szpitala d. 6. XI. 1915 r. Umieszczony w naszym szpitalu po raz czwarty.

Stryj chorego chorował umysłowo. Z 9 rodzeństwa troje umarło na choroby zakaźne, pozostali żyją i cieszą się zupełnem zdrowiem. Alkoholu rodzice nie nadużywali.

Mając 9 lat spadł chory z wysokości 4—5 łokci, zaburzeń jednak w związku z tym upadkiem nie było żadnych. Do nauki nie był zdolny. Przez czas pewien pracował w magistracie. Stosunków z kobietami miał nie utrzymywać. Zawsze małomówny, spokojny, chował się stale przed ludźmi nieznajomymi.

Choroba umysłowa datuje się już od 16 roku życia. Zaraz po wybuchu cierpienia był w ciągu 6 tygodni w Ch.... poczem miała wystąpić poprawa. W lecie 1907 r. był w jednym z austryackich zakładów dla obłąkanych; zakład opuścił bez żadnej poprawy. Od tego czasu z przerwami był w szpitalu naszym 3 razy.

Przy badaniu wstępnem nie stwierdza się żadnych zmian ze strony narządów wewnętrznych, ani układu nerwowego.

Badanie psychiczne wykazuje znaczny stopień otępienia, zupełny brak oryentacyi co do czasu, miejsca i osób. Chory zauważa, że jakkolwiek ma 14 lat, niemniej jest bardzo starym człowiekiem; uważa się za zupełnie zdrowego. Miewa chwile śmiechu lub płaczu bez widocznej przyczyny. Zanieczyszcza się moczem; źle jada; mało sypia.

W czasie od d. 28. XII. 1915 r. do d. 28. I. 1916 r. otrzymał chory 8 wstrzyknięć nukleinianu sodu w dawkach następujących: 28. XII. — 1,0 gr.; 30. XII. — 1,5 gr.; 3. I. — 2,0 gr.; 10. I. — 2,5 gr.; 12. I. — 3.0 gr.; 20. I. — 3,0 gr.; 24. I. — 3,5 gr.; 28. I. — 4,0 gr.; ogółem 20,5 gr. Dalsze wstrzykiwania musiano przerwać z powodu krwawej biegunki, na którą chory w tym czasie zapadł.

Najwyższa ciepłota po wlewaniu wynosiła 40,0°; przeważnie atoli wahała się w granicach od 37,8° do 38,2°.

Chorego mieliśmy w obserwacyi aż do obecnej chwili, zatem 9 miesięcy po dokonaniu ostatniego wstrzyknięcia.

W psychice chorego nie zaszła żadna zmiana. Chory nadal pozostaje w stanie osłupienia (stupor).

VIII. R. T., 24 l., kawaler, słuchacz politechniki, przybył do szpitala 8. I. 1916 r.

Matka zmarła, gdy chory był jeszcze dzieckiem. Ojciec, od dłuższego czasu niewidomy, zmarł w tym roku, po porażeniu. W rodzinie bliższej chorób umysłowych nie było. Chory ma dwoje rodzeństwa — zdrowych.

Choroba umysłowa datuje się już od 16 roku życia, gdy chory był jeszcze uczniem. Umieszczony podówczas w zakładzie dla obłąkanych w mieście W. miał powrócić do zdrowia, tak że ukończył nawet szkołę średnią, oraz wpisał się na politechnikę. W nauce postępował bardzo powoli, ponieważ dwa razy choroba wracała. Stosunków płciowych nie miewał. Przyznaje się do samogwałtu.

Przy badaniu wstępnem ze strony narządów wewnętrznych oraz układu nerwowego nie zauważa się żadnych zmian.

Badanie stanu psychicznego wykazuje zachowaną oryentacyę w miejscu, czasie i otoczeniu.

Umieszczony po raz drugi w »Kochanówce« poznaje chory starych dozorców, dawniej znajomych chorych oraz lekarzy. Miewa chwile zupełnego spokoju. Jest wówczas bardzo sympatyczny w swych stosunkach względem otoczenia, spaceruje, czyta książki, pisze pamiętnik. W chwilach podniecenia natomiast jest bardzo rozgoryczony, ma niesłuszne pretensye do otaczających, co często bywa powodem poważnych konfliktów. Wówczas pojawiają się bardzo wybitne urojenia wzrokowe, słuchowe i węchowe. Widzi w powietrzu rozmaite czarne punkty, które go na każdym kroku prześladują. Wydaje mu się, że pod łóżkiem leży trup, którego woń nieprzyjemną zupełnie dokładnie czuje. Lekarza uważa za niegodziwca, który przychodzi na salę chorych po to tylko, aby im nerwy zjadać.

W czasie od d. 12, II. 1916 r. do d. 4. IV. t. r. stosowaliśmy kuracyę nukleinową w dawkach następujących: 12. II. — 1,0 gr.; 14. II. — 1,5 gr.; 16. II. — 2,0 gr.; 19. II. — 2,5 gr.; 28. II. — 3.0 gr.; 2. III. — 3,5 gr.; 11. III. — 3,5 gr.; 20. III. — 4,0 gr.; 1. IV. — 4,0 gr.; 4. IV. — 4,5 gr. — Ogółem otrzymał chory 29,5 gr. nukleinianu sodu. Ciepłota chorego oddziaływała na wlewania dobrze; najwyższy stopień wynosił 39,3°, przeważnie atoli wahała się ciepłota w granicach od 38,0° do 38,5°.

Chory, jakkolwiek z pewnym lękiem, poddawał się leczeniu chętnie, zdając sobie sprawę z celów terapeutycznych. Chorego mieliśmy w obserwacyi aż do chwili obecnej, a więc 7 miesięcy od dnia ostatniego wlewania. W stanie psychicznym chorego nie zaszła żadna zmiana. Chwile podniecenia z wyraźnymi omamami wszelkiego rodzaju coraz to częstsze,

IX. P. T., 26 l., z zajęcia kontrolor w rzeźni, przybył do szpitala d. 29. II. 1915 r.

Ojciec matki pacyenta chorował umysłowo. Brat stryjeczny ojca chorego i syn tego brata również chorowali umysłowo. Ojciec chorego bardzo nerwowy, łatwo popada w gniew. Matka — zdrowa. Chory ma jedną siostrę — zdrową.

Jako dziecko, chory rozwijał się prawidłowo. Ukończył 4-klasową szkołę. Od młodszych lat uprawiał samogwałt.

Oprócz codziennych zajęć w biurze zajmował się chory literaturą, a odznaczając się talentem literackim, pisywał nowele, za które otrzymał nawet na konkursie nagrodę. Przed 3 laty zachorował umysłowo, w ciągu 2 tygodni był w »Kochanówce«, następnie, wedle słów matki, po 4-miesięcznej chorobie w domu, zupełnie wyzdrowiał.

Od roku stan chorego pogorszył się znacznie. Chory miewa urojenia, oraz chwile silnego podniecenia.

Przy badaniu wstępnem ze strony narządów wewnętrznych i układu nerwowego nie zauważono zboczeń.

Przy badaniu stanu psychicznego stwierdza się dezoryentacyę chorego co do miejsca, czasu i otoczenia. Na zapytania daje odpowiedzi niewłaściwe, nie do rzeczy: Jak się nazywa ta miejscowość? »Powietrze nienormalnych!« — Gdzie pan był przed tygodniem? »Waryat zdenerwowany, niech pan napisze!« — Czy pan miewa widzenia? »Mówi mi ktoś do ucha, cesarzowa rosyjska gadała do mnie«.

W przebiegu choroby wybitne urojenia prześladowcze; chory twierdzi, że »słowa jego nie mają wolności, że został sparaliżowany na mowę«. Często odmawia przyjmowania pokarmów, rozdrapuje na sobie skórę, zanieczyszcza się niekiedy moczem, miewa chwile silnego podniecenia psychomotorycznego.

W czasie od d. 12. II. 1916 r. do d. 4. IV. t. r. poddano chorego leczeniu nukleinowemu: 12. II. — 1,0 gr.; 14. II. — 1,5 gr.: 16. II, — 2,0 gr.; 19. II. — 2,5 gr.; 28. II. — 3,0 gr.; 2. III. — 3,5 gr.; 11. III. — 3,5 gr.; 29. IV. — 4,0 gr.; 1. V.— 4,0 gr.; 4. V. — 4,6 gr. Ogółem w 10 wstrzyknięciach chory otrzymał 29,5 gr. nukleinianu sodu.

Najwyższa ciepłota po wlewaniu wynosiła 39,3°; przeważnie natomiast wahała się od 38,5° do 39,0°.

Chory pozostawał w naszej obserwacyi do chwili obecnej, a więc 6 miesięcy od czasu ostatniego wlewania.

Jakiegokolwiek wpływu leczenia na psychikę chorego nie zauważono.

X. F. A., 33 l., mężatka.

Dokładnego obrazu choroby pacyentki podać nie możemy, ponieważ w czasie ewakuacyi szpitala historya choroby zaginęła. Chora z wyraźnymi objawami dementia paranoides, datującej się od lat kilku.

W czasie od d. 12. II. 1916 r. do d. 4. IV. t. r. stosowaliśmy wstrzyknięcia podskórne nukleinianu sodu w dawkach następujących: 12. II. — 1,0 gr.; 14. II. — 1,5 gr.; 16. II. — 2,0 gr.; 19. II. — 2,5 gr.; 28. II. — 3,0 gr.; 2. III. — 3,5 gr.; 11. III. — 3,5 gr.; 29. III. — 4,0 gr.; 1. IV. — 4,0 gr.; 4. IV. — 4,0 gr. Ogółem otrzymała chora w 10 wstrzyknięciach 29,0 gr. nukleinianu sodu. Najwyższa ciepłota wynosiła 39,6°, przeważnie atoli wahała się pomiędzy 38,5° a 39,0°.

Stan psychiczny chorej, która do chwili obecnej pozostaje w naszej obserwacyi, nie uległ żadnej zmianie.

XI. R. M., 24 l., kawaler, znajduje się w szpitalu naszym od 3 lat.

Przy badaniu wstępnem ze strony narządów wewnętrznych oraz układu nerwowego nie zauważono żadnych zboczeń.

Przy badaniu stanu psychicznego stwierdza się zupełną dezoryentacyę chorego w czasie, miejscu i otoczeniu, oraz daleko posunięty stopień otępienia umysłowego. Na oddziale chory nie wchodzi z otoczeniem w kontakt; całe dnie spędza, siedząc skulony na ławce, lub leżąc pod łóżkiem.

Od d. 16. XI. 1916 r. chorego poddaliśmy leczeniu nukleinowemu: 16. XI. — 1,0 gr.; 18. XI. — 1,5 gr.; 20. XI. — 1,75 gr.; 22. XI. — 2,0 gr.; 24. XI. — 2,0 gr.; 26. XI. — 2,5 gr.; 29. XI. — 2,5 gr.; 1. XII. — 3,0 gr.; 11. XII. — 3,0 gr.; 20. XII. — 3,0 gr. Ogółem chory otrzymał w 10 wstrzyknięciach 22,25 gr. nukleinianu sodu.

Leczenie nie wywarło żadnego wpływu na stan psychiczny chorego, który dotąd pozostaje w naszym szpitalu.

Zajmijmy się teraz omówieniem wyników działania nukleinianu sodu w otępieniu wczesnem, na podstawie powyżej przytoczonych własnych doświadczeń.

Podnieść tu musimy, że przy ocenie wyników warunkiem niemal nieodzownym jest obserwacya takich chorych w ciągu dłuższego czasu po przeprowadzonem leczeniu. A jednak wielu z autorów poprzednich nie uwzględniało tej kardynalnej okoliczności.

W naszych przypadkach mieliśmy chorych w obserwacyi conajmniej w ciągu 6 miesięcy po ukończeniu leczenia; w tych zaś nielicznych przypadkach, w których chorzy wskutek znacznej poprawy zostali ze szpitala wypuszczeni, po upływie kilku miesięcy staraliśmy się dowiedzieć o ich dalszych losach.

Drugim warunkiem koniecznym jest dokładne badanie stanu psychicznego chorych po dokonanem leczeniu, a przedewszystkiem w tych momentach dalszych, kiedy uważamy się za uprawnionych orzekać o zmianie ich psychiki. Niejednokrotnie, jak to wiadomo każdemu psychiatrze, zdarzyć się może, iż pozornie postępowanie chorego wskazuje na poprawę, dokładniejsze atoli badanie psychologiczne wykrywa ten sam stopień otępienia, te same braki w procesie myślowym.

Wspomnianym dwom warunkom czyniliśmy w naszych doświadczeniach zadość; nie chcąc zaś iść zbyt daleko w swych wywodach, przy zestawieniu ogólnem używać będziemy trzech określeń: »bardzo znaczna poprawa«, »słaba poprawa«, »bez wyniku«, natomiast używaną przez wszystkich autorów nazwę »wyleczenie«, jako zbyt podmiotową i zarazem niepewną, zarzucimy zupełnie.

Poniżej przytoczona tablica najlepiej objaśnia otrzymane przez nas wyniki (ob. tabl. I.).

Jeśli zestawimy obecnie wyniki leczenia naszych przypadków otępienia wczesnego z wynikami innych autorów, to otrzymamy obraz, jak na tablicy II.

Jeżeli zanalizujemy liczby odsetkowe przypadków »z poprawą« i »bez«, przytoczone na powyższej tablicy, to zauważymy, że wahają się one w tak rozległych granicach, iż doprawdy trudno kusić się o wnioski, do pewnego stopnia prawdopodobne. Tak, np., gdy u Lepinea procent przypadków leczonych z wyraźną poprawą wynosi 0, to u Lundvalla dosięga on aż 57,1; procent przypadków leczonych bez wyniku u Lundvalla wynosi wszystkiego 16,6, u Lepinea natomiast 75, u nas zaś 72,8.

Na tak znaczne wahania tych liczb, jak to przekonały nas nasze doświadczenia, składają się rozmaite okoliczności.

Najważniejszą z nich jest czas trwania choroby do rozpoczęcia leczenia nukleinowego. Podobnie, jak i w innych postaciach chorobowych, ważną niezmiernie jest rze-

czą, czy zabiegi lecznicze stosujemy przy kiełkowaniu lub początkach schorzenia, czy też w okresach późniejszych, tak samo, a nawet w większej mierze, zależeć będą ostateczne wyniki leczenia otępienia wczesnego nukleinianem sodu od tego okresu choroby, w jakim to leczenie rozpoczniemy.

Tabl. I.

L. p.	Ciepłota po wstrzyknięcin: Średnie podniesienie	Ciepłota po wstrzyknięcin: Najwyższe podniesienie	Czas trwania leczenia w tygodniach	Ilość dokonanych wstrzyknięć	Ilość nukl. sodu w grm.	Czas trwania choroby w leczeniu w latach	Czas obserwacyi chorego po leczeniu w miesiącach	Wiek chorego	Wynik
I.	38,5°	39,5°	5	10	21,75	1/3	3	14	wyraźna poprawa
II.	38,4°	39,3°	11	20	51,25	2	10	31	bez wyniku
III.	37,7°	38,5°	5	10	22,75	4	10	23	bez wyniku
IV.	37,6°	38,9°	4	9	25,0	1/4	2(4)	17	wyraźna poprawa
V.	38,8°	39,9°	4	10	24,5	3	8	23	bez wyniku
VI.	37,7°	38,6°	4	9	24,5	1/3	2(5)	20	wyraźna poprawa
VII.	38,0°	40,0°	4	8	19,5	12	10	29	bez wyniku
VIII.	38,4°	39,3°	7	10	29,5	8	7	24	bez wyniku
IX.	38,7°	39,2°	7	10	29,5	4	7	26	bez wyniku
X.	38,6°	39,6°	7	10	29,0	kilka lat	7	32	bez wyniku
XI.	38,5°	39,1°	5	10	22,25	kilka lat	10	24	bez wyniku

Tabl. II.

Nazwiska autorów	Liczba przypadków	Wyraźna poprawa	Słaba poprawa	Bez wyniku	Wyraźna poprawa w %	Słaba poprawa w %	Bez wyniku w %
Lepine	12	0	3	9	0	25	75
Lundvall . . .	18	13	2	3	72,2	11,2	16,6
Donath	14	8	3	3	57,1	21,2	21,7
Itten	9	0	0	9	0	0	100
Hauber	17	7	0	10	41,1	0	58,9
Kruze-Pawłowska	12	5	2	5	41,6	16,6	41,8
Kielholz	18	7	7	4	38,8	38,8	22,4
Herman	11	3	0	8	27,2	0	72,8

Uwaga: Liczby w rubryce »wyleczenie« innych autorów, zgodne z powyżej przytoczonemi okolicznościami, zaliczyliśmy do rubryki »wyraźna poprawa«.

Zdaje się, że wielkie różnice, jakie zachodzą pomiędzy rozmaitymi okresami różnopostaciowej, lecz wyodrębnianej dotąd pod wspólnem mianem jednostki chorobowej — »otępienie wczesne« — dostatecznie przemawiają za tem, że niepodobną, oraz niewytrzymującą krytyki rzeczą jest porównywanie wyników leczenia nukleinianem sodu, stosowanego w różnych okresach tej choroby.

Jeśli się przypatrzymy wynikom, otrzymanym przez nas, to uderzy nas niezawodnie fakt ten, że 3 przypadki bardzo wyraźnej poprawy po leczeniu nukleinowem (przyp. I., IV. i VI.) dotyczą chorych, których choroba umysłowa datuje się nie więcej, aniżeli od 3—4 miesięcy; natomiast wszyscy inni chorzy, na których leczenie nie wywarło żadnego wpływu, ulegli chorobie umysłowej od dłuższego czasu, przeważnie od lat kilku.

Oczywistą też będzie dla nas rzeczą, że gdybyśmy leczeniu poddali tylko tych oddawna chorych, wówczas liczba wyleczonych przypadków wyniosłaby 0; przeciwnie, gdybyśmy naszym zabiegom leczniczym poddali tylko I., IV. i VI. przypadek, wtedy liczba wyleczonych wyniosłaby 100%.

Nie chcemy bynajmniej na podstawie powyższego przesądzać sprawy leczniczego działania nukleinianu sodu w przypadkach otępienia wczesnego, atoli, opierając się na naszych doświadczeniach, podnieść musimy, że świeże przypadki otępienia wczesnego przedstawiają wdzięczny materyał do zabiegów leczniczych.

Przechodząc do dalszej oceny naszych wyników, możemy powiedzieć, że wzniesienia ciepłoty nie stoją w żadnym związku z ilością stosowanego środka. Gdy jedni chorzy na małą ilość nukleinianu sodu oddziałują bardzo silnie, to inni na dawki daleko większe oddziałują mniej. Przeważnie atoli przy rozpoczęciu wlewań ciepłota wszystkich chorych wznosi się dość wysoko, natomiast przy następnych wstrzyknięciach, mimo zwiększonej dawki, odczyn gorączkowy może występować w mniejszym stopniu.

Uwzględniając tę okoliczność, oraz wychodząc z założenia, że ewentualne lecznicze działanie nukleinianu sodu nie zależy od składu chemicznego tego środka, jeno od zmiany ciepłoty ciała chorych, uważamy za zbyteczne dążyć do jak największych poszczególnych dawek.

Uciekać się do zwiększonej dawki musimy w tych razach, jeśli poprzednio podana ilość środka nie wywołała pożądanego odczynu, lub też jeśli w wystąpieniu tego odczynu chcemy z góry się upewnić.

Z drugiej natomiast strony uważamy za stosowne dbać stale o ciągłość leczenia, to znaczy nie tworzyć zbyt wielkich przerw pomiędzy poszczególnemi wstrzyknięciami. Przerwy te konieczne są tylko w tym celu, aby ciepłota chorego opaść mogła do prawidłowego poziomu; skoro zaś to osiągniemy, należy nazajutrz zastosować następne wstrzyknięcie. Dlatego też w naszych doświadczeniach każde następne wstrzyknięcie robiliśmy już na trzeci dzień, gdyż ciepłota chorego w tym czasie nie przewyższała 37,0°. W tych nielicznych przypadkach, gdzie przerwy te były nieco dłuższe, zależało to od przeszkód natury technicznej, jak chwilowy brak nukleinianu sodu.

Po 10 wlewaniach najlepiej leczenie przerwać i w razie potrzeby ponowić je po miesiącu. Stosowanie większej liczby wstrzykiwań naraz uważamy za niezbyt wskazane, już chociażby z tego względu, że bądźcobądź wstrzykiwania te są dość bolesne, wskutek czego chorzy zazwyczaj poddają się leczeniu niechętnie, pod przymusem, co do czynników sprzyjających zaliczyć trudno.

W doświadczeniach naszych nie obliczaliśmy dokładnej ilości i odsetka białych ciałek krwi, a to z tego względu, że mieliśmy na oku tylko wyniki lecznicze, a następnie, ponieważ, zdaniem naszem, hyperleukocytoza towarzyszy zazwyczaj wszystkim stanom gorączkowym, a zatem również i podwyższonej ciepłocie, wywołanej sposobem sztucznym — zastosowaniem podskórnem nukleinianu sodu.

Wnioski:

1. Leczenie otępienia wczesnego nukleinianem sodu uważać należy za wskazane, do pewnego stopnia konieczne.
2. Do leczenia nadają się tylko świeże przypadki otępienia wczesnego.
3. Wstrzykiwań należy dokonywać w krótkich odstępach czasu, natychmiast po obniżeniu się ciepłoty do poziomu prawidłowego.
4. Po pewnym czasie wskazane jest ponowić leczenie.

5. Ilość podanego środka nie wpływa na wyniki leczenia.

6. Wysokość wzniesień ciepłoty nie rozstrzyga o wynikach leczenia.

Kończąc ten krótki przyczynek, dodać musimy, że w szpitalu naszym stosujemy leczenie nukleinowe w wielu świeżych przypadkach porażenia postępującego, a nawet niejednokrotnie uciekamy się do tego leczenia w ciężkich postaciach histeryi; wyniki tych zabiegów ogłosimy w pracy osobnej.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 7. VI. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 25.

1) Kol. Piltz przedstawił przypadek **padaczki Jacksona** po uderzeniu szablą w głowę d. 13. V. 1915. Zaraz po zranieniu wystąpiła krótka nieprzytomność, później porażenie prawej ręki, później nogi, a wreszcie niemota ruchowa. Poprawa nastąpiła w odwrotnym porządku. D. 25. IX. 1915 wystąpił pierwszy napad drgawek prawostronnych z utratą przytomności. Napadów takich do końca maja było 5, zaczynały się one od drgawek ręki prawej lub nogi. Badanie fizyczne stwierdza lekki niedowład prawostronny. Chory przeznaczony jest do zabiegu operacyjnego.

W dyskusyi: a) Kol. Blassberg zwraca uwagę na kolejność występowania objawów po zranieniu i podnosi analogię ze zjawiskiem podobnem przy udarze mózgowym. — b) Kol. Weissglas wspomina, że obserwował żołnierza ranionego w głowę, z drgawkami ogólnemi. — c) Kol. Mazurkiewicz podnosi, że kolejność występowania objawów po zranieniu nie pozwala przesądzać sprawy anatomopatologicznej i że mogła być również objawem działania na odległość. — d) Kol. Piltz przychyla się do zdania kol. Blassberga.

2) Kol. Jasieński przedstawił przypadek **psychozy depresyjnej** u człowieka, który przebył przed 20 laty kiłę. Choć odczyn Wassermanna wypadł ze krwi słabo dodatnio, a z płynu wybitnie dodatnio, to jednak ze względu na brak objawów otępienia i zaburzeń mowy nie można u tego chorego rozpoznać porażenia postępującego, lecz raczej inną psychozę depresyjną.

Dyskusya: a) Kol. Kostrzewski podnosi, że jakość odczynu Wassermanna w surowicy krwi i płynie mózgowordzeniowym nie zawsze idą w parze; odczyn dodatni z płynu mózgowordzeniowego występuje nieraz u osób, które nie okazują żadnych klinicznych zmian schorzenia układu nerwowego; bywa to nieraz w przebiegu kiły drugorzędnej. W wiele łatwiej jest usunąć leczeniem dodatni odczyn Wassermanna z płynu mózgowordzeniowego we wczesnych okresach kiły, niż w późniejszych. Zdaniem niektórych, osoby, które przebyły kiłę przed kilku laty, a których płyn mózgowordzeniowy okazuje dodatni odczyn Wassermanna, skazane są na wiąd rdzenia lub zniedołężnienie postępowe. — b) Kol. Mazurkiewicz zwraca uwagę na wyniki serologiczne Plauta, według których w kile układu nerwowego i wiądzie rdzenia odczyn Wassermanna dodatni w płynie mózgowordzeniowym zdarza się rzadziej, niż we krwi, i rzadziej, niż w porażeniu postępującem. Co do przypadku przedstawionego skłania się mowca do wiązania go z przebytą kiłą. — c) Kol. Borowiecki omawia doświadczenia kliniki neurologiczno-psychiatrycznej, w której dotychczas w porażeniu postępującem odczyn Wassermanna (robiony przez kol. Kostrzewskiego według t. zw. Auswertungsmethode) wypadał zawsze dodatnio albo z obydwu płynów (najczęściej 75%, przyczem często bardziej dodatnio z płynu mózgowordzeniowego, niż ze krwi) albo tylko z krwi, albo też z płynu. Metodę Plauta uważa mowca za korzystną z punktu widzenia rozpoznania różniczkowego porażenia postępującego, metodę używania większych ilości płynu mózgowordzeniowego przy odczynie za ważniejszą dla rozpoznania kiły. — d) Kol. Piltz zgadza się na trudności rozpoznawcze przypadku kol. J., oraz zaznacza konieczność dłuższej obserwacyi.

3) Kol. Jasieński wygłosił wykład: **O t. zw. nerwicach wojennych**. Wojna nie stworzyła żadnej nowej postaci nerwicy, wpłynęła jednak na jej częstość, która według statystyki, zebranej przez prelegenta, wynosi 6 na tysiąc. Nerwice te powstają jako przypadkowe działania różnych czynników: obarczenia dziedzicznego, wrodzonego usposobienia neuropatycznego, schorzeń narządów wewnętrznych, jako też wyczerpania z powodu trudów wojennych i urazu. Prelegent rozróżnia urazy psychiczne i fizyczne, długotrwałe lub nagłe i chwilowe. Urazy długotrwałe wywołują stany wyczerpania nerwowego lub obrazy histeroneurasteniczne, urazy nagłe wywołują stany histeryczne lub t. zw. nerwicę urazową. W patogenezie t. zw. nerwicy urazowej odgrywa, zdaniem Oppenheima, oprócz wyobrażeń i wstrząsu psychicznego rozstrzygającą rolę uraz fizyczny, który nie wywołuje zmian organicznych w komórkach nerwowych, wywołuje jednak zaburzenia w mechanizmie unerwienia centralnego, pewnego rodzaju diaschisis. W sposób podobny tłómaczy Oppenheim obrazy akinesia amnestica oraz porażenia odruchowe. Inni autorzy, jak Gaupp, Nonne, nie widzą konieczności przyjmowania nerwicy urazowej, jako samodzielnej jednostki chorobowej. Uraz fizyczny, nie wiodący do zmian organicznych, działa jedynie jako czynnik wzruszeniowy. Rodzaj nerwicy zależy od właściwości danej jednostki. Podobne obrazy kliniczne powstają bez zadziałania urazu fizycznego. Za pochodzeniem psychicznem nerwic, powstałych pod wpływem urazu, przemawia to, że mogą być uleczone suggestyą. Spostrzeżenia wojenne wykazały, że nawet jednostki zdrowe niekiedy popaść mogą w nerwicę.

W dyskusyi: a) Kol. Blassberg podnosi identyczność objawów nerwicy urazowej z objawami histeryi i neurastenii, fakt wyodrębnienia nerwicy urazowej na podstawie jedynie odrębności czynnika etyologicznego i zapytuje o istotne cechy charakterystyczne nerwicy urazowej. — b) Kol. Mazurkiewicz twierdzi, że teorya molekularna Oppenheima może być zastosowana jedynie do niewielu nerwic urazowych, połączonych z objawami nagłej prostracyi, zaburzeniami układu krwionośnego i niekiedy zejściem śmiertelnem. W większości przypadków widzimy to samo na tle urazu psychicznego, jak i fizycznego. — c) Kol. Borowiecki broni wyodrębnienia nerwicy urazowej na podstawie odrębności czynnika etyologicznego. Poza względami praktycznymi przemawia za tem i nieco odmienna symptomatologia. — d) Kol. Piltz zaznacza, że suggestyą wszystkiego (n. p. wyczerpania) usunąć nie można. Dobre wyniki osiągał kol. Piltz innymi środkami (n. p. metodą kładzenia do łóżka i odosobnienia). W powstawaniu nerwicy urazowej wielkie znaczenie ma »nastawienie« psychiczne.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 25. II. 1916.

Przewodniczy kol. Kucera. Obecnych 12 członków.

Przewodniczący wita gości lekarzy wojskowych kol. Sternschussa, Maya, Freya i innych.

I. Kol. Franke przedstawia: 1) chorego ze zgrubieniem obu kości goleni, co widać na rentgenogramie i co daje się wyczuć; prelegent rozpoznaje **skostnienia okostnej na tle urazowem**; 2) chorego, któremu na kark spadł kawał drzewa; badanie rentgenowskie wykazuje zniszczenie części przedniej trzonu V kręgu; zaburzeń nerwowych nie było i niema.

II. Kol. Nelken przedstawia chorego, który obudził się w styczniu, po przespaniu w ciepłej chałupie, z obustronnem porażeniem nerwu twarzowego, z bólami w kończynach i bezładem ruchów. Obecnie bezład minął, lecz odruchy kolanowe są bardzo słabe, odruchu ścięgna Achillesa brak, istnieje porażenie średniej gałązki nerwu twarzowego po stronie lewej i zaburzenie czucia w kończynach górnych. Na podstawie tych objawów prelegent rozpoznaje **rozsiane zapalenie nerwów** (polyneuritis) z obustronnem porażeniem nerwu twarzowego o przebiegu stosunkowo lekkim.

III. Kol. Cieszyński wygłasza: **O leczeniu postrzałowych obrażeń szczęk**. (Część I).

Posiedzenie naukowe d. 24. III 1916.

Przewodniczy kol. Kucera, protokółuje kol. Szczepański. Obecnych 16 członków.

I. Kol. Cieszyński przedstawia przypadek **rwy nerwu trójdzielnego,** leczonej wstrzykiwaniami alkoholu. Chory przed wielu laty uległ urazowi w lewą stronę twarzy. Od czterech lat

gwałtowne bole. Po dokładnem badaniu doszedł mowca do wniosku, że rwa u chorego nie jest pochodzenia zębowego. Wstrzyknął do otworu owalnego nowokainę, a następowo, gdy znieczulenie wystąpiło, alkohol; następnie wstrzykiwał jeszcze trzy razy alkohol, poraz trzeci do otworu żuchwowego. Chory od czterech dni niema żadnych bolów, ma odjechać do domu, a po 4 latach ma się zgłosić.

Dyskusya: a) Kol. Kucera zapytuje, jakie zmiany wytwarzają się w nerwie po wstrzyknięciu alkoholu. — b) Kol. Cieszyński: Michelson podaje, że w nerwie po wstrzyknięciu alkoholu powstają naprzód zmiany degeneracyjne, a potem przerosty. Co do ogólnych wyników, nikt nie twierdzi, że po leczeniu wstrzykiwaniami alkoholu rwa ustępuje raz na zawsze. Jeżeli objawy po leczeniu znikną na 3 dni, to ustępują one na dłuższy czas, średnio na 3 lata. Mowca przedstawia fotografię chorej na rwę nerwu trójdzielnego, którą leczył w ubiegłym roku w Wiedniu. — W dyskusyi zabierał głos również c) kol. Barącz.

II. Kol. Sołowij przedstawił **preparaty anatomiczne** niewieścich części rodnych chorych, operowanych przez siebie.

III. Kol. Cieszyński wygłasza: **O leczeniu postrzałowych obrażeń szczęk.** (Część II).

Sekretarz: Z. Szczepański.

Projekty ustroju sanitarnego Królestwa Polskiego i Galicyi.

(Ciąg dalszy).

III. Dr Polak wychodzi z zasad, dających się tak zestawić:

1. Administracya sanitarna odpowiadać będzie stopniom administracyi politycznej, którymi mają być: 1) gmina, czyli wieś pojedyncza, 2) związki gminne dla pewnych celów, 3) powiaty (»starostwa«, której to nazwy używa Dr Polak w temsamem znaczeniu, co powiat), 4) województwa, 5) rząd sanitarny; oparta jednak będzie w gminach, starostwach (= powiatach) i województwach na szerokim samorządzie.
2. Opieka zdrowotna ze strony rządu (tj. państwowe urzędy sanitarne) sięga bezpośrednio tylko do województw, w starostwach (= powiatach) zaś i gminach należą sprawy sanitarne do samorządu. W tych więc instancyach lekarze sanitarni nie podlegają władzy państwowej, zależąc wyłącznie od władz samorządowych.
3. Centralną instytucyą sanitarną jest »ministerstwo samorządów«, zorganizowane na podobieństwo angielskiego »Local gouvernement board«, a noszące nazwę »ministerstwa samorządów i zdrowia publicznego«. Wydział sanitarny z lekarzem na czele (Dyrekcya zdrowia publicznego) stanowi część tego ministerstwa.
4. Dyrekcya zdrowia publicznego i fizykaty wojewódzkie są ciałami kolegialnemi, złożonemi z urzędników, ale w pracach ich mogą uczestniczyć konsultanci, zapraszani z pośród znawców (profesorów uniwersytetu i t. p.). Lekarze sanitarni w powiatach mają głos stanowczy w zarządach samorządów (powiatów, gmin).
5. »W celu ujednostajnienia zarządzeń zdrowotnych w kraju i wzajemnego informowania się« itd. urządza Dyrekcya zdrowia publicznego zjazdy sanitarne z całego kraju, a fizykaty wojewódzkie — zjazdy wojewódzkie; w zjazdach tych, prócz lekarzy urzędowych (państwowych i samorządowych), uczestniczą wysłannicy Izb i Towarzystw lekarskich, samorządów wojewódzkich, powiatowych i gminnych, oraz »działacze społeczni« i znawcy.
6. Do zakresu działania administracyi sanitarnej należy policya sanitarna i higiena publiczna, z wyłączeniem zakresu sądowo-lekarskiego. (O agendach społeczno-higienicznych niema w projekcie wyraźnej wzmianki).

Projekt Dr Polaka jest podstawą obrad w Warszawskiem Towarzystwie higienicznem, którego Dr Polak jest prezesem.

IV. Projekt Doc. Dr Janiszewskiego streszczony został w »Przeglądzie lekarskim« Nr. 6 str. 49 z r. b. Za główne jego punkta uważać należy:

1. Ministerstwo zdrowia publicznego ze wszystkiemi atrybu-

cyami rzeczywistego ministerstwa, z lekarzem na czele.

2. Zupełna samodzielność administracyi sanitarnej i pełne prawo egzekutywy.
3. Zależność niższych władz sanitarnych wyłącznie od wyższych władz sanitarnych, z wyjątkiem instancyi najniższej, t. j. służby zdrowia w samorządnej gminie.
4. Skupienie w ministerstwie sanitarnem wszelkich spraw, pozostających w związku ze zdrowiem publicznem (nie wyjmując ubezpieczeń także na starość, w razie niezdolności do pracy i od wypadków, budowy i regulacyi miast i wsi, opieki nad dziećmi w wieku przedszkolnym, ochronek i t. d.).
5. Udział czynników obywatelskich (Rady zdrowia gubernialne, powiatowe i gminne).

V. Postulaty, uchwalone przez wszystkie galicyjskie korporacye lekarskie w sprawie ewentualnego wyodrębnienia Galicyi, dotyczą przedewszystkiem całkowitej niezależności Galicyi od ustawodawstwa sanitarnego i od ustroju sanitarnego austryackiego, oraz zapewnienia w ciałach ustawodawczych galicyjskich udziału lekarzom, jako przedstawicielom sanitarnych interesów ludności. W jednym tylko punkcie dotykają uchwały galicyjskich korporacyi lekarskich zasad organizacyjnych tego samodzielnego ustroju sanitarnego, a jest nim żądanie, by utworzyć centralną krajową władzę sanitarną z lekarzem na czele, stojącą na równi z innemi centralnemi władzami krajowemi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Najbliższe posiedzenie krakowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się d. 18. kwietnia w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).

Stosunki sanitarne w Królestwie. Wojenna kwatera prasowa austryacka pomieściła w dziennikach komunikat o stosunkach sanitarnych w tej części Królestwa, która znajduje się pod zarządem austryackim i o działalności, zmierzającej do poprawy tych stosunków. W pierwszym rzędzie starano się o zwalczanie chorób zakaźnych ostrych przez przestrzeganie przepisów o donoszeniu, przez odosobnienie chorych, ostrą kontrolę ruchu przejezdnych i t. d. Ospie zapobiegano przez rozległe szczepienia, które, wobec niedostatku lekarzy, powierzano także felczerom, akuszerkom, oraz inteligentnym, odpowiednio pouczonym laikom: wybitnej pomocy udzieliły też ekspedycye, wysłane przez krakowski Komitet książęco-biskupi. W r. 1916 szczepiono z 3,496.844 ludności 1,714.641 osób czyli 49%. O skuteczności szczepień świadczy, że gdy w pierwszym tygodniu stycznia 1916 było 213 przypadków ospy, to w tymże tygodniu 1917 tylko 17 (w lutym 231 i 5, w marcu 373 i 11). W lecie 1915 powstały na wschód od Wisły ogniska cholery; z niewielkim wyjątkiem powiodło się zapobiedz przeniesieniu się jej na lewy brzeg Wisły. W r. 1916 dzięki zastosowanym środkom zapobiegawczym cholery nie było wcale. Dla zwalczania duru plamistego utworzono nawet w mniejszych miejscowościach lokale izolacyjne, komendy obwodowe zaopatrzono w ruchome dezynfektory parowe, w Lublinie urządzono zakład kwarantanowy. Obecnie w Lublinie epidemia ogranicza się tylko do dzielnicy żydowskiej; na prowincyi udało się liczne ogniska epidemii bądź usunąć, bądź zmniejszyć. Wobec braku szpitali stworzono szereg szpitali w różnych budynkach zaadaptowanych odpowiednio, oraz w umyślnie zbudowanych barakach, przysparzając w ten sposób krajowi 3000 łóżek, w czem jaknajskuteczniej i jaknajofiarniej współdziałały: Towarzystwo Czerwonego Krzyża i krakowski Komitet książęco-biskupi. Choroby weneryczne zwalczano przez ostry nadzór nad prostytucyą; założono osobny szpital dla 400 chorych. W zwalczaniu epidemii wielce pomocne były dwie pracownie bakteryologiczne, założone w Lublinie i Radomiu. Wobec braku leków podjęto uprawę roślin leczniczych, oraz zbieranie ziół dziko rosnących, w czem wielkie zasługi położyło nauczycielstwo z pomocą dziatwy szkolnej. Wreszcie rozwinięto działalność w kierunku asanacyjnym (odbudowa zniszczonych mieszkań, usuwanie nieczystości i odpadków, zaopatrzenie w wodę).

Zmarli: Dr Jakób Propst, lekarz miejski w Lutowiskach.

Redakcya otrzymała: Z. Tomaszewski: 1) Badania nad zachowaniem się przytarczyc w przypadkach powstawania złogów wapiennych w ustroju ludzkim. (Gaz. lek. 1916). — 2) O chemicznych bodźcach gruczołów żołądkowych. Część I i II. Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akademii Umiej. T. LVI. Ser. B. — 3) Über die chemischen Erreger der Magendrüsen. Bull. Acad. Sc. de Cracovie 1916. — 4) Histologische Veränderungen der normalen u. mit Tuberkulose infizierten Lunge unter dem Einfluss des künstlichen Pneumothorax. (Beitr. z. Klinik der Tuberk.).

Bibliografia.

Dr S. Kutna: **Seuchentafel. Die wichtigsten Kenntnisse u. Vorschriften über die Bekämpfung der Infektionskrankheiten.** Wiedeń 1917 (M. Perles). Cena 2 kor.

W jednej dużej tablicy ściennej zestawił Dr Kutna, lekarz naczelny szpitala epidemicznego w Krems, wiadomości o zarazku, okresie wylęgania, sposobie zakażenia, odosobnieniu, dezynfekcyi, wreszcie o szczególnych sposobach postępowania w 38 chorobach zakaźnych ostrych i przewlekłych. Pomysł w zasadzie dobry i praktyczny, jednakże nie było konieczne umieszczenie w tablicy kilku chorób podzwrotnikowych, w rachubę wcale w Europie nie wchodzących, a natomiast brak w tablicy choćby krótkiego zestawienia pierwszych objawów, coby i dla laików (posterunków żandarmeryi, szkół, plebanii) mogło być pożyteczne.

Dr V. Hecht: **Wandtafel der wichtigsten Untersuchungsmethoden für das ärztliche Laboratorium.** Wydanie II. Wiedeń 1917 (M. Perles). Cena 2 kor.

Dla małych pracowni, zwłaszcza lekarzy, nie codzień mających sposobność wykonywać badania chemiczne lub mikroskopowe kliniczne, tablica Hechta, kierownika sanatoryum w Topolschitz, widocznie okazała się przydatną, skoro wychodzi już w drugiem wydaniu. Na tablicy podano najważniejsze metody badania moczu, kału, treści żołądkowej, plwocin, krwi i rozpoznawania duru sposobem Fickera, a nadto obrazy drobnowidowe różnych składników osadu moczowego, pasorzytów jelitowych, zimniczych, różnych typów komórek ze krwi i typów bakteryi.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 18. kwietnia** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Rychliński: Przedstawienie chorych z oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala św. Łazarza. 2) Dr Blassberg: O nerwicach serca i stanach pokrewnych.

131

Sprawozdanie
Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich
za rok 1916.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza niniejszem wyciąg ze sprawozdania za rok 1916. Podaje dla wiadomości kolegów naprzód ważniejsze sprawy, które zaszły w Towarzystwie, a dla kontroli publicznej ściśle rzeczowo ułożone tablice i liczby, które wykazują, jaki był stan majątkowy z dniem 31 grudnia 1916.

I.

Ilości członków na razie obliczyć nie można, gdyż wielu z nich służy w wojsku, lub zmieniło miejsce pobytu, część jest w zajętej części kraju, a inni dostali się do niewoli. Spodziewać się jednak należy, że po skończeniu wojny liczba członków co najmniej powróci do stanu z końcem roku 1913, w którym ich było 779.

1. Dary. W roku 1916 ofiarowali na wdowy i sieroty: Profesorowa Gilewska Emilia z Wiednia na fundusz imienia swojego męża, jak każdego roku 1.000 K, z których 500 złożyła już z końcem roku 1915, Prof. Machek 300 K; ś. p. Gabryszewski z Zakopanego 50 K; Dr Morawski z Kołomyi, złożonych przez kolegów zamiast wieńca dla ś. p. kol. Bujalskiego 38 K; Dr Feldmann z Jarosławia 30 K. Razem 818 K.

2. Zapisy, poczynione jeszcze przed wojną na rzecz Towarzystwa, w tym roku w części zrealizowano. 1) Dr Kalisz zapisał Towarzystwu 10.000 K. Po odtrąceniu należytości prawnych pozostało 9. 244 K 75 h; kwotę tę złożył sąd na książeczkę kasy oszczędności, już jako własność naszą i odesłał do Namiestnictwa, które żąda, aby Towarzystwo przedłożyło akt fundacyjny do zatwierdzenia. 2) Dr Gawałkiewicz zapisał także 10.000 K. Sąd w Starym Sączu przysłał nam gotówką 8.837 K 72 h na rachunek tego funduszu, a resztę zatrzymał na pokrycie należytości prawnych, których wysokość, z powodu wniesionego rekursu, nie jest oznaczona. 3) Sprawa spadkowa po ś. p. Lukasie jest jeszcze w toku, jednakże na propozycyę kuratora testamentu, adwokata Dr Zbyszewskiego, po przyznanem ze strony Towarzystwa zabezpieczeniu na naszym depozycie Nr. 2.978, wypłacił nam Bank Krajowy z końcem roku 1916 odsetki. Ponieważ tedy odsetki także już od zapisu Lukasa pobieramy, wciągnęliśmy i ten zapis w stan czynny naszego stanu majątkowego (Wykaz 2).

3) W roku 1916 wsparcia stałe (pensye) wynosiły 11.715 K, dotąd najwyższa kwota stale udzielanych zapomóg, a jednorazowe zapomogi 3.545 K, razem 15.260 K. W latach wojny 1914—1916 pobrały nasze wdowy i sieroty 44.245 K, a jeżeli do tego dodamy 9.850 K, pobranych w pierwszych trzech miesiącach roku 1917, to Towarzystwo, w czasie tej wielkiej potrzeby, wspomogło je kwotą 54.095 K.

W roku 1917 będzie Towarzystwo mogło o wiele wydatniejszą nieść pomoc wdowom i sierotom, opiece swojej oddanym, na co Zarząd przeznacza znaczną część odsetek z zapisu Dr Lukasa. Wprawdzie należałoby początkowo wpływające odsetki użyć naprzód na zapłacenie bardzo znacznych należytości prawnych i przenośnych i wysokość funduszu ustalić; nie wątpimy jednak, że z intencyą szlachetnego fundatora zgadzać się będzie, jeżeli w tych ciężkich czasach powszechnej potrzeby wesprzemy wdowy i sieroty, a należytości prawne przez dłuższe lata częściowo spłacać będziemy. Na pensye i zapomogi jednorazowe zarząd Towarzystwa na rok 1917 preliminuje 22.000 K.

Poniżej ogłaszamy wykaz imienny wdów i sierót, które pobierały wsparcia w latach 1914, 1915 i 1916, co w ostatniem sprawozdaniu zapowiedzieliśmy. Tu zaznaczyć należy, że według wykazów, niektóre wdowy pobrały w jednym roku więcej, albo mniej, niż mają przyznane. Pozostaje to w związku z wojną. Rozsypane w czasie inwazyi po innych prowincyach państwa, nie zgłaszały się po wsparcia, a pobrały je w roku następnym. Niektórym wdowom, obok pensyi, przyznano także jednorazowe zapomogi, skutkiem czego otrzymały więcej, niż 400 K, która to kwota jest dotąd normą pensyi w naszem Towarzystwie. W r. 1914 w zajętej części kraju udzielono 6.000 K tytułem wsparć, nietylko wdowom i sierotom, ale także, jak z wykazów imiennych wynika, żonom lekarzy, które pozostawały wskutek inwazyi w rozpaczliwych stosunkach materyalnych.

W roku 1914 wynosiły wsparcia stałe (pensye) 8.675 K; jednorazowe zapomogi 4.390 K, razem 13.065 K. Z tego pobrały: 700 K p. Piżlowa; po 600 K pp.: Jasilkowska, Szczepańska i Jurkiewiczowa; po 500 K p. Dulębina; po 400 K Czesnakowa, Berthleff, Marynowska, Lastowa, Widmanowa i Drogowska; 340 K Karpińska Józeta; po 300 K: Filimowska, Koernerowa, Koncewiczowa, Marynowska, Ni-

decka, Pulmanowa, Szaferowa, Sieradzka, Sokołowska, Teitelbaumowa; po 240 K: Oleksowa i Solarzykówna; po 225 K Reissowa; po 200 K: Blochowa, Cholewiczowa, Dorożyńska, Kirkorowa, Krańska, Krzykowska; po 180 K: Buchowa, Gofrykowa, Krąpiec, Kramarzyńska, Lewandowska, Sochacka; po 150 K: Kaocińska (Brill) dla sierót; po 120 K: Riedmüllerowa; po 100 K: Hoffmanowa Józefa, sieroty po Dr Satkowskim, Tyllowa, Wehrowa, Juklińska i Steidlerowa; po 60 K: Chmielewska i Karpińska Teofila.

W roku 1915 wsparcia stałe: 11.560 K; jednorazowe zapomogi 4.360 K, razem 15.920 K.

Po 550 K: p. Karpińska Józefa; po 525 K: Sieradzka; po 500 K: Lastowa, Sokołowska, Filimowska, Szaferowa, Leniartkowa, Marynowska, Cholewiczowa, Mayzlowa, Końcewiczowa; po 400 K: Czesnak, Jasilkowska, Szczepańska, Berthleff, Jurkiewiczowa, Gofrykowa, Nidecka, Ch. Wanda (zwróciła); po 375 K: Reissowa; po 300 K: Pulmanowa, Piżlowa, Koernerowa, Kramarzyńska, Sochacka, Lewandowska, Krąpiec, Buchowa, Wolframowa, Widmanowa; po 240 K: Oleksina, Zrogowska; po 200 K: Dulębina; po 180 K: Solarzikówna; po 150 K: Kaocińska (Brill), Laskiewiczowa, Bartmańska, Kirkorowa, Konarzewska, Zborowska, Szydłowska; po 100 K: Wągrowska, Biesiadecka Amalia, Merunowiczówna, Dorożyńska, Semlerówne, Szulisławska, Steidler, Dolnicka, Męcińska, Wehrowa, Krańska, Świeżowa, Bresiewiczowa, Galantowa, Maultzówna, Szyszkowa, Cassinowa; po 80 K: Tyllowa; po 60 K: Chmielecka; po 50 K: Ebersonowa; po 40 K: Skibicka.

W roku 1916 pobrały:

I. Pensye po 400 K: p. Berthleff, Cholewiczowa. Czesnakowa, Dulębina, Filimowska, Jasilkowska, Jurkiewiczowa, Karpińska, Końcewiczowa, Lastowa, Leniartkowa, Marynowska, Nidecka, Piżlowa, Sokołowska, Szaferowa, Szczepańska, Szydłowska, Widmanowa, Wolframowa, Zborowska; po 325 K: Pulmanowa; po 300 K: Reissowa, Sieradzka; po 240 K: Kramarzyńska, Krzyżanowska, Lewandowska, Sochacka, Gofrykowa, Zrogowska; po 200 K: Bujalska, Brill(dla sierot); po 180 K: Buchowa, Oleksnia; po 120 K: Krąpiec; po 60 K: Wehrowa.

II. Jednorazowe zapomogi: po 250 K: p. Koernerowa (dla sierót); po 200 K: Gostyńska; po 150 K: Olszewska, Romaszkanowa, po 130 K: Solarzykówna; po 125 K: Krzykowska; po 100 K: Świerzowa, Hoffmanowa (Stanisławów), Kulczycka, Widmanowa, Końcewiczowa, Męcińska, Jasilkowska Kazimiera, Szydłowska, Rotter, Kruszyńska, Michalikowa, Edelheit, Kniłowska, Trost; po 60 K: Nowacka, Zengtellerowa; po 50 K: Steidlerowa, Marynowska, Gofrykowa, Karpińska Józefa, Jurkiewiczowa, Hoffmanowa (Kraków), Dulębina, Leniartkowa, Sakowska, Szaferowa, Krąpiec, Tyllowa, Obuszkiewiczowa, Galantowa, Lechówna, Maciulska, Dubanowiczowa, Pulmanowa, Zemlerówna Aniela, Zemlerówna Marya, Mayzlowa, Męcińska.

Wdów i sierót po naszych kolegach, członkach Towarzystwa, przybywa coraz więcej i liczba zgłaszających się o pensye i jednorazowe zapomogi wzrasta z każdym rokiem. Na razie, wobec tego, że Walnego Zgromadzenia zwołać nie można, Biuro Towarzystwa przyznaje także stałe zapomogi (pensye), z zastrzeżeniem jednakże, że po wojnie przedłoży ich nadania Walnemu Zgromadzeniu do zatwierdzenia. Od czasu ostatniego Walnego Zgromadzenia przybyło 16 pensyonistek, a 3 podwyższono roczną pensyę. Zmarły dwie.

4. Fundacye wieczyste wzrosły do kwoty 801.341 K, 18 h. Kapitał jest nienaruszalny. Rozporządzaliśmy tedy tylko odsetkami, i to pewnej tylko części kapitałów. Odsetki z kwoty 181.882 K pobierają dożywotnicy. Pewną część odsetek na życzenie fundatorów przyłącza się na razie do kapitałów fundacyi, które skutkiem tego wzrastają. O odsetkach z funduszu Dr Lukasa wspomnieliśmy wyżej. Wykaz 4 daje dokładny obraz naszych funduszów, tak już ustalonych, jak wzrastających, tworzących się i innych.

5. O ruchu naukowym w Krakowie i we Lwowie składają Towarzystwa lekarskie krakowskie i lwowskie sprawozdania w »Przeglądzie lekarskim«. W Jarosławiu odbywają się posiedzenia naukowe, którym przewodniczy kol. Czyżewicz.

»Przegląd lekarski« od 1 stycznia 1917 wychodzi jako pismo tygodniowe, jak dawniej, i jest, zanim »Lwowski Tygodnik lekarski« znowu wychodzić zacznie, jedynym organem Towarzystwa lekarzy galicyjskich, wydawanym na razie także w zastępstwie »Tygodnika«. »Przegląd« odbierają wszyscy członkowie Towarzystwa naszego, których miejsce pobytu jest nam znane. Ponieważ członkowie Oddziałów prowincyonalnych przez dłuższy czas pism nie odbierali, a obecnie pobierają tylko »Przegląd lekarski«, ze względu wreszcie na ciężkie czasy, w których żyjemy, obniżyła Rada zawiadowcza dla nich opłatę roczną z 25 K w roku 1914 na 20 K, w 1915 na 12 K, w 1916 na 15 K, a w roku 1917 na 18 K.

6. Zestawienie rachunków na rok 1916 wykazuje, że koledzy, zamieszkali na prowincyi, wnieśli, co z uznaniem podnosimy, znaczną sumę tytułem opłat także w r. 1916.

Pozostałość kasowa zmalałaby do niewielkiej sumy, gdybyśmy zapłacili bank i podatki. (Wykaz 1).

Stan majątkowy (Wykaz 2) nie jest bilansem w ścisłem słowa znaczeniu, gdyż nie uwzględnia pewnych zaległych, jeszcze nie ściągniętych należytości naszych, które może nie wpłyną, a także pewnych kwot, które my będziemy musieli jeszcze uiścić. Daje jednakże pomimo to ze względu na to, że obejmuje wszystko, co dotąd wpływało i co wydano, obraz naszego finansowego stanu, bardzo zbliżony do rzeczywistości. Wzrost stanu czynnego wynosi w r. 1916 254.646·64 K. W stan czynny wciągnięto zapisy, które wynoszą 242.080·47 K, ogólny zaś stan czynny majątku Towarzystwa dosięga z końcem 1916 r. prawie jednego miliona, z końcem zaś roku 1915 wynosił tylko 723.973·02 K.

II.

Sprawozdanie z Morszyna.

Z rachunku Morszyńskiego (Wykaz 3) jest widoczne, że dochody z posiadłości tylko w małej części wpłynęły. Wobec wstrzymania opłat bankowych, podatków i t. p. pozostał na ten rok dochód pozorny. Towarzystwo naprawiło łazienki i poleciło zaprzysiężonym znawcom ocenić szkody wojenne, celem wyrobienia odszkodowania. Sprawa jest w toku.

W zakładzie mieszka dzierżawca, p. Włodzimierz Makarewicz, który utrzymuje w porządku budynki i pozostałe jeszcze urządzenia zakładowe, o ile to bez większych wkła-

dów da się wogóle wykonać. Większe inwestycye, bardzo zresztą potrzebne, Towarzystwo przeprowadzić będzie mogło dopiero po ukończeniu wojny.

O szkodach, bardzo zresztą znacznych, które ponieśliśmy przez wojnę, a szczególnie przez inwazyę rosyjską, w budynkach, na folwarku, w lesie i inwentarzu zakładowym, złożyliśmy sprawozdanie z początkiem r. 1916. Bez sprawienia nowego inwentarza zakładu prowadzićby nie można.

Pan Dr Poratyński wniósł płatną za warzelnię w roku 1916 kwotę (a więc za rok 1915), po zamknięciu ksiąg rachunkowych, skutkiem czego kwota ta wykazana będzie dopiero w roku 1917.

W skład Rady zawiadowczej wchodzili koledzy, wybrani na ostatniem Walnem Zgromadzeniu, a mianowicie:

Prezes: Machek Emanuel (Lwów); zastępca prezesa: Rencki Roman (Lwów); sekretarz: Zabłocki Stanisław (w niewoli ros.); skarbnik: Schellenberg Leopold (Lwów).

Członkowie Rady koledzy: Browicz Tadeusz (Kraków); Ciechanowski Stanisław (Kraków); Fechter Tadeusz (Jarosław); Gluziński Antoni (Lwów); Lachowicz Zdzisław (Biała); Müller Emil (Biała) i Sołtysik Mieczysław (Stryj).

Do prowadzenia czynności sekretarskich wezwało Biuro kolegę Dr Juliusza Draka.

We Lwowie, dnia 5 lutego 1917.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Członkowie Rady:
Tadeusz Browicz.
Stanisław Ciechanowski.
A. Gluziński.
R. Rencki.
Leopold Schellenberg.

Prezes:
E. Machek.

Za sekretarza:
Juliusz Drak.

1. Zestawienie rachunków za rok 1916.

DOCHODY.

		K	h
1	Stan gotówki 1 stycznia 1916	3·904	32
2	Morszyn zakład i posiadłość	6.664	50
3	Opłata za członków Towarz. lek. lwowskiego . .	480	—
4	» » » » » krakowskiego .	400	—
5	» członków, zamieszkałych na prowincyi . .	3·127	—
6	Dary na wdowy i sieroty	818	—
7	Bank kraj. wypłacił odsetki z papierów wartościowych (depozyt)	16.989	46
8	Bank kraj. zwrócił kaucyę morszyńską z procentami	1.227	50
9	Bank kraj., pozostałość z końcem 1915 r. . . .	612	—
10	Bank kraj., odsetki z fundacyi Dr Lukasa . . .	6.912	91
11	Do funduszu Dr Gawałkiewicza	8.837	72
12	Fundusz Dr Kalisza	9.244	75
13	Zwrot pożyczki podczas inwazyi udzielonej . .	400	—
14	Pocztowa Kasa Oszczędności zwróciła	50	—
15	Odsetki pocztowej Kasy Oszczędności	43	02
	Razem . . .	59·711	18

ROZCHODY.

			K	h
1	Morszyn zakład i posiadłość		4·970	—
2	Administracya:			
	Asekuracya kasy skarbnika . .	24·56		
	Manipulantka	660·—		
	Kursor	90·—		
	Druki, stemple, porta, służba . .	478·86	1.253	42
3	Przegląd lekarski		1.800	12
4	Stałe pobory wdów i sierót (pensye)		11.715	—
5	Jednorazowe zapomogi dla wdów i sierót . . .		3·545	—
6	Notaryusz, reszta za czynność przy legacie Dr Lukasa		200	—
7	Bankowi kraj. zwrócono resztę pożyczki inwazyjnej		1.059	28
8	Zwrócono funduszom (lokacya kapitałów)			
	a) Dary funduszowe i odsetki dla funduszów wzrastających		1.620	—
	b) funduszowi Dr Gawałkiewicza		8.837	72
	c) » » Kalisza		9.244	75
	d) » inwestyc. Morszyna, kaucya z %		1.227	50
	e) » inwestycyjnemu Morszyna dochody za rok 1916		1.694	50
9	Przesłano Izbie lekarskiej		12	—
			47·179	29
	Pozostaje w kasie		12.531	89
	Razem . .		59·711	18

2. Stan majątkowy Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

z dniem 31. grudnia roku 1916.

	Stan czynny	K	h
1	Pozostałość kasowa z 31. grudnia 1916	12.531	89
2	Fundusz inwestycyjny Morszyna:		
	Pozostałość 1915 . . 5.400·34		
	Kaucya zwrócona . . 1.227·50		
	Dochód 1916 . . . 1.694·50	8.322	34
3	Wartość Morszyna	268.045	—
4	Kaucya Pocztowej Kasy Oszczędności Nr. 190.424	200	—
5	Los turecki Nr. 294.398, należący do funduszu Niedźwieckiego	200	—
6	Fundusze wieczyste (Zob. wykaz 4):		
	I. Niewzrastające	220.100	—
	II. Wzrastające	177.270	25
	III. Tworzące się	28.188	60
	IV. Fundusze, z których odsetki pobierają dożywotnicy	181.882	33
	V. Zapis Dr Lukasa, z którego już pobieramy odsetki	194.000	—
	Razem . .	1,090.740	41

Stan czynny z dniem 31/XII 1916 978.619·66 K
Stan czynny z dniem 31/XII 1915 723.973·02 »
Wzrost stanu czynnego w r. 1916 254.646·64 K

	Stan bierny	K	h
1	Pożyczka hipoteczna pierwsza (Morszyn) . . .	66.280	58
2	» » druga (Morszyn)	22.432	08
3	Morszyn winien funduszowi wsparć	23.408	09
		112.120	75
	Stan czynny z dniem 31. grudnia 1916	978.619	66
	Razem . .	1,090.740	41

3. Rachunek Morszyna.

	DOCHÓD	K	h		ROZCHÓD	K	h
1	Za drzewo	1.210	—		Leśniczy płaca . . . . 520·08		
2	Zwrócona kaucya z Banku kraj. .	1.000	—	1	na wydatki . . . . 29·92	550	—
3	Odsetki za kaucyę	227	50	2	Asekuracya budynków	844	42
4	Dzierżawa folwarku	3.400	—	3	Asekuracya leśniczego	252	—
5	Za wyszynk piwa	400	—	4	Rzeczoznawcy szkód wojennych	600	—
6	Odszkodowanie i wartość wybranego drzewa	427	—	5	Naprawa łazienek	700	—
		6.664	50	6	Syndyk Dr Gorecki za lata 1910 do 1914 własne koszta . . .	198	26
				7	Zwrócono funduszowi inwestycyjnemu Morszyna	1.227	50
				8	Na kaplicę	100	—
				9	Administracya	70	82
				10	Robocizna, wartość drzewa deputatowego, porta, wyjazdy leśniczego	427	—
					Razem . .	4.970	—
					Pozostało .	1.694	50
	Razem . .	6.664	50		Razem . .	6.664	50

4. Wieczyste fundusze Towarzystwa z d. 31 grudnia 1916.

I. Fundusze niewzrastające. (Procenta przeznaczone na pensye i zapomogi).

	Walory nom.	
1. Dra Barzyckiego	2.400	
2. » Biesiadeckiego	14.300	
3. Prof. Czyżewicza	34.000	
4. Dra Garbińskiego	2.800	
5. » Jasińskiego	126.300	
6. Fund. jubileuszowy	3.200	
7. Dra Krówczyńskiego	800	
8. » Krzeczunowicza	8.600	
9. » Łuszczkiewicza	800	
10. » Mahla	3.400	
11. » Merunowicza	4.000	
12. » Niedźwiedzkiego	17.300	
13. » Różańskiego	300	
14. » J. Świątkiewicza	1.400	
15. » Szulisławskiego	500	
	220.100	Razem 220.100

II. Fundusze wzrastające. (Procenta przeznaczone na pensye i zapomogi).

	Walory nom	na książeczce	Morszyn dłużny	Razem
1. Prof. Gilewskiego	32.100	3.071·68	—	
2. Dra Lukasa	7.500	190·48	—	
3. Własny fundusz Tow. lek. galic.	111.000	—	23.408·09	
	150.600	3.262·16	23.408·09	177.270·25

III. Fundusze, z których procenta przyłącza się na razie do kapitału.

	Walory nom.	na książeczce	Razem
1. Dra Gawałkiewicza	—	8.837·72	
2. » Kalisza	—	9.244·75	
3. Prof. Macheka	1.000	545·—	
4. » Marsa	3.800	493·91	
5. » Rydygiera	2.200	297·22	
6. » Ziembickiego G.	1.000	170·—	
7. Kaplica Morszyńska	400	200·—	
	8.400	19.788·60	28.188·60

IV. Fundusze, z których procenta pobierają dożywotniczki.

	Walory nom.	Razem
1. Dra Jasińskiego	91.055·82	
2. » Barzyckiego	60.826·51	
3. » Lukasa	30.000·—	
	181.882·33	181.882·23

V. Fundusz, z którego Tow. już pobiera procenta. Sprawa spadkowa w toku.

Legat Dra Lukasa

	Walory nom.	
	194.000·—	194.000·—
		801.341·18

5. Lokacya walorów i kapitałów, stanowiących stan czynny.

Pozostałość kasowa (poz. 1 wykazu 2), umieszczona na rachunku przekazowym Banku krajowego l. 684. Z funduszu inwestycyjnego Morszyna (poz. 2 wykazu 2) złożono 5.400 K 34 h na książeczce Banku krajowego Nr. 40.480, resztę na rachunku czekowym pocztowej Kasy Oszczędności Nr. 36.941.

Papiery wartościowe własnych funduszów, mające zabezpieczenie pupilarne, złożone są w depozycie Banku kraj. kwit depozytowy Nr. 2.978. Gotówka funduszów II i III znajduje się na książeczce Gal. Kasy Oszczędności Nr. 53.085 i książeczce Banku kraj. Nr. 43.063. Fundusz Dra Gawałkiewicza złożono na rachunek bieżący Banku kraj. Nr. 133. Fundusz Dra Kalisza na książeczce Gal. Kasy Oszczędności Nr. 101.495. Książeczka funduszu Kalisza pozostaje w przechowaniu Namiestnictwa, wszystkie inne książeczki i dokumenta bankowe przechowuje na razie Prezes.

Papiery wartościowe funduszów IV, z których dożywotnicy pobierają procenta, a mianowicie Dra Jasińskiego i Dra Lukasa, znajdują się w depozycie sądowym, zaś fundusz Dra Barzyckiego złożony jest w Banku kraj., kwit depozytowy Nr. 1.217. Papiery funduszu V złożył wykonawca testamentu, Dr Zbyszewski, w Banku krajowym.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Nr 16. Kraków, 21. kwietnia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

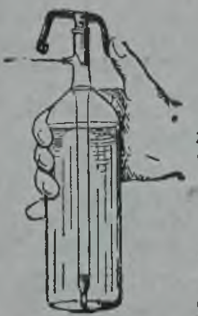
Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).



Polecam mój

Chloraethyl

Dr Thilo

z zamknięciami automatycznemi i spiralnemi, odpowiednio do farmakopei austr. VIII., jak najgoręcej.

Flaszki automatyczne napełnia się na nowo.

Prospekty do rozporządzenia. 89

Mr. C. RAUPENSTRAUCH,

em. aptekarz, WIEDEŃ II., Castellezg. 25

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

Zawiera równie jak tran Lahussena 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tranie Meyera; jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego można z dobrym skutkiem zalecać w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia; Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

JODTRANOL (Matula)

Likier żelazisto jod-peptonowy składu 0·60% Fe, 0·10 Mn i 0·03% **jodu,** dobrego i przyjemnego smaku, w działaniu zastępuje **w zupełności Tran. (Ol. Jecoris).**

Sposób użycia: jak Liq. Mangano ferri peptonati. Cena 2 K 60.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10 Mn wyrobu

aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, niedokrwistości, zimnicy, w zołzach, kobiecych i nerwowych cierpieniach. 206

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dziennie po łyżeczce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 Korony 40 halerzy.

Dwie flaszki posyłam franco.

JODLYSIN LAOKOON

połączenie jodu z peptonem w płynie

1 ccm = 20 kropel = 0·04 jodu

nie rozszczepia się w przewodzie pokarmowym, lecz dopiero w tkankach, wskutek czego nie sprawia zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

Jodlysin według badań **Prof. Dr Bądzyńskiego jest identycznym** preparatem z Jodone Robin.

Wskazania: Astma, choroby mięśnia sercowego, zapalenie stawów chron., zapalenie nerek chron. (nephr. interstit.), otyłość, marskość wątroby, kiła drugo- i trzeciorzędna, reumatyzm, objawy poluet. degenerat. systemu nerwowego, zaburzenia funkcyi gruczołów wewnętrznego wydzielania, zwapnienie żył.

PEPTOFERLYSIN LAOKOON

Organiczne połączenie żelaza w postaci stężonego roztworu, który w małej objętości zawiera wielką ilość odżywczej substancyi żelazistej.

1 ccm = 20 kropel = 0·01 Fe

Peptoferlysin jest preparatem identycznym z Peptonate de Fer Robin, zawiera jednak 5 razy większą ilość żelaza od ostatniego.

Wskazania: Błednica, niedokrewność, cierpienia maciczne, nerwowość, ogólne osłabienie, rekonwalescencya.

SPERMIN LAOKOON

essencya i injekcye.

Preparaty identyczne z Spermin Poehl.

Wskazania: Alkoholizm, zwapnienie żył, zapalenie stawów zniekształcające, błednica, drgawki porodowe, choroby serca, histerya, influenca, podagra, spadek sił przed i po operacyach, zapalenie płuc, uwiąd starczy, neuralgia, neurastenia, zapalenie nerek, psoriasis, choroba angielska, reumatyzm przewlekły, róża, skorbut, kiła, tabes i inne schorzenia stosu pacierzowego, gruźlica, tyfus, chroniczne i ostre zatrucia, impotencya.

MAMMID LAOKOON

pastylki à 0·3 i injekcye.

Wskazania: Włókniaki i krwotoki macicy, dolegliwe miesiączkowanie, zapalenie błony śluzowej macicy.

Fabryka chemiczna LAOKOON, Lwów.

Prospekty i wzory darmo i opłatnie. 217

Rok LVI. Kraków, 21. kwietnia 1917. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Sześć nowych przypadków wgłobienia jelit

podał

Dr S. Dobrucki (Lublin).

Od czasu ogłoszenia pracy mojej o wgłobieniu jelit (w Przeglądzie chirurgicznym T. IX. r. 1913), opartej na 39 przypadkach, przybyło mi sześć nowych, które podaję jako przyczynek do kazuistyki wgłobień jelit.

1. A. H., 69 lat. Zawsze był zdrów. Od dwu lat miewa bez żadnych powodów mocne bóle w brzuchu, trwające po $^1/_2$ godziny i dłużej; bóle zjawiają się w rozmaitych odstępach czasu co parę, a nawet co kilka dni. W kwietniu 1913 r. stan ogólny chorego znacznie się pogorszył: chory zaczął tracić apetyt, spadać z ciała, bóle natomiast wzmogły się i zaczęły się pojawiać coraz częściej.

Po raz pierwszy widziałem chorego w końcu czerwca 1913 r., przyczem przedmiotowo w brzuchu nic wykryć nie mogłem; opierając się na wywiadach, przypuszczałem przewlekłe zwężenie jelit, co mogłoby być w ścisłym związku ze starą, nie dającą się doszczętnie odprowadzić przepukliną pachwinową lewą. Zaproponowałem choremu operacyę, na którą on na razie się nie zgodził. W lipcu chory był u Dr Sawickiego w Warszawie, który również przypuszczał zwężenie jelit i zalecił choremu poddanie się operacyi. Nadmienić należy, że chory podczas pobytu w Warszawie był badany zapomocą promieni Röntgena, wynik badania był jednak ujemny.

Od tego czasu bóle znacznie się wzmogły i przybrały pewien charakter ściśle okresowy, a mianowicie codziennie w 10 do 12 godzin po jedzeniu, zwłaszcza po obiedzie. Podczas tych napadów chory stwierdza przesuwanie się bólów z miejsca na miejsce oraz zwraca uwagę na towarzyszące bólom przelewanie i kruczenie w brzuchu.

W początku sierpnia 1913, będąc wezwany do chorego, natrafiłem na napad bólów i udało mi się wymacać nad lewem więzadłem Pouparta guz wielkości małej pomarańczy, dość twardy, wrażliwy na dotyk; po paru minutach guz zginął i więcej nie powiodło mi się go wymacać.

Na powtórną propozycyę poddania się operacyi chory się zgodził i przybył do szpitala św. Wincentego dnia 19 sierpnia 1913 r.

Chory średniego wzrostu, dość wątłej budowy, osłabiony, znacznie wychudzony; zupełny brak tłuszczu podskórnego. Łaknienie bardzo słabe, stolce co 4—5 dni, zwykłe. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno 86, o zmiennem napięciu. W płucach nic wybitnego; wyraźne zaostrzenie drugiego tonu aorty. Brzuch miękki, nie wzdęty, bezbolesny; zapomocą opukiwania ani też obmacywania nic wykryć się nie dało. Badanie stolców co do ukrytego krwawienia po trzechdniowej bezmięsnej dyecie dało wynik dodatni.

A zatem w streszczeniu mamy: stan bezgorączkowy, bóle w brzuchu w 10—12 godzin po jedzeniu o charakterze napadowym z kruczeniem i przelewaniem oraz przesuwaniem się bólów z miejsca na miejsce, ukryte krwawienie, aczkolwiek niewielkie, znalezienie raz jedyny guza w lewem podbrzuszu, ujemny wynik badania przez odbytnicę jakoteż i promieniami Röntgena.

Rozpoznano przewlekłe zwężenie w dolnym odcinku jelita krętego (występowanie bolów dopiero w 10—12 godzin po jedzeniu), a wobec długiego okresu trwania choroby i braku charłactwa pomimo wieku chorego (69 lat) — zwężenie najprawdopodobniej przyrody niezłośliwej.

Po kilkodniowej obserwacyi w szpitalu, w którym to czasie stan chorego nawet trochę się poprawił, dnia 24. VIII. w uśpieniu eterowem wykonałem operacyę. Po przecięciu powłok i otrzewnej w linii środkowej poniżej pępka, ręka, wprowadzona do jamy otrzewnej, odrazu natrafiła na wyróżniający się spoistością guz, który udało się z łatwością wydobyć na zewnątrz i wtedy dopiero przekonaliśmy się, że jest to wgłobienie jelita krętego w kręte, w odległości 10 cm od zastawki Banhina; wgłobienie mierzy 12 cm długości. Kątnica bardzo ruchoma, czem można wytłomaczyć znajdowanie się guza po stronie lewej (przed kilkoma tygodniami). Wgłobienie częściowo dało się odpochwić, lecz niezupełnie, wobec czego dokonałem wycięcia wgłobienia z następczem bocznem zespoleniem jelit (said too said). Wyrostek robaczkowy usunąłem, ranę powłok zeszyłem trzypiętrowym szwem. Badając wycięty preparat, widzimy całą masę zgrubień i blizn na otrzewnej, co dowodzi długiego trwania choroby. Po przecięciu usuniętego wgłobienia widzimy, że przyczyną wszystkiego był twardy polip na dość szerokiej szypule, wychodzący z błony podśluzowej jelita. Polip wielkości sporego orzecha włoskiego, pokryty zupełnie zdrową, nie owrzodziałą śluzówką, wychodził z błony podśluzowej w odległości 3 cm od przyczepu krezki. Badanie drobnowidowe również nie wykryło w guzie złośliwego charakteru, natomiast wykazało w nim utkanie włókniaka. Zaznaczyć muszę, że powtórne przestudyowanie w swoim czasie zrobionego rentgenogramu wyraźnie wskazuje okrągły cień wielkości dużego orzecha włoskiego, znajdujący się ze strony prawej blizko kątnicy, cień, znacznie bledszy od napełnionej bizmutem kątnicy. Niewątpliwie cień ten zależał od włókniaka, znajdującego się w świetle jelita krętego.

W przebiegu pooperacyjnym mieliśmy dość ciężkie powikłanie ostrem rozszerzeniem żołądka, które wystąpiło na trzeci dzień po operacyi, notabene zupełnie bez wymiotów. Częste przemywania żołądka i położenie stale na brzuchu uratowały chorego, który po 4 tygodniach wyszedł ze szpitala w zupełnie dobrym stanie.

2. B. J., 5 lat, zachorował nagle wśród zupełnego zdrowia. Po obiedzie dostał gwałtownych bólów napadowych, występujących co 2 do 3 godzin, do wieczora jeszcze chodził, od dnia następnego już leżał w łóżku, bóle występowały coraz częstsze, wymiotów ani razu nie było, w ciągu pierwszych trzech dni było zupełne zatrzymanie stolców i wiatrów. Ostatnie dwa dni przed wstąpieniem do szpitala częste stolce czystą krwią, przyczem dęcie.

Przybył do szpitala św. Wincentego 24. IX. 1913 r. na piąty dzień choroby. Przy badaniu znaleziono: Brzuch nie wzdęty, ze strony lewej wyczuwa się guz walcowaty, zaczynający się w nadbrzuszu na linii środkowej, idący pod lewem podżebrzem, który później po stronie lewej skręca w dół i ginie w miednicy. Guz lekko bolesny, przy obmacywaniu kurczenia się w guzie nie widać. Przez odbytnicę wyczuwa się charakterystyczny dla wgłobienia obraz.

Tegoż dnia w uśpieniu eterowem operacya. Cięcie w linii środkowej. Wgłobienie na razie nie daje się wytoczyć na ze-

wnątrz. Wgłobienie sięga głęboko do jamy miednicy, tak że ręka wprowadzona do jamy brzusznej nie może dosięgnąć części przodującej wgłobienia. Dopiero dwa palce asystenta, wprowadzone do odbytnicy, uniosły guz ku górze i dały możność dostania się do części przodującej i rozpoczęcia stopniowego odpochwiania. Po cofnięciu się wgłobienia do pętli esowatej dopiero udało się wytoczyć całe wgłobienie na zewnątrz. W dalszym ciągu zupełnie łatwe odpochwienie. Jelito w stanie dobrym, przodowało wynicowane obrzmiałe dno kątnicy. Wyrostek obrzękły usunąłem i dla zapobieżenia nawrotom wykonałem kolumnizacyę Delbeta. Przebieg bez powikłań. A więc znów przypadek invaginatio coecalis a nie ileocoecalis.

3. T. S., 58 lat, zachorowała przed 4 tygodniami nagle przy ciężkiej pracy fizycznej. Choroba rozpoczęła się od gwałtownych bólów napadowych i wymiotów. Przez pierwsze 4 dni było zupełne zatrzymanie stolców, później natomiast częste wypróżnienia z obfitą domieszką krwi razem z dęciem, co wszystko dało powód do rozpoznania u chorej biegunki krwawej. Do szpitala św. Wincentego przybyła 6. X. 1913 po czterech tygodniach choroby w stanie bardzo ciężkim. Ciepłota 36·5, tętno 120, słabe, miękkie, łatwo dające się ucisnąć.

Brzuch wzdęty, bolesny, w nadbrzuszu wyczuwa się twardy walcowaty guz. Rozpoznano: wgłobienie i zapalenie otrzewnej.

W uśpieniu eterowem tegoż dnia operacya: znaleziono w jamie otrzewnej dużą ilość mętnego płynu, znaczne przekrwienie otrzewnej, miejscami sporo włóknika. Po łatwem wydobyciu wgłobienia okazało się, że jelito uległo zgorzeli zwłaszcza we wrotach wgłobienia, gdzie też spostrzegamy otwór, drążący do wnętrza jelita. Wobec ciężkiego i beznadziejnego stanu chorej zrobiłem wyłonienie (antepositio) jelita zmienionego i powyżej zrobiłem przetokę jelitową (enterostomia). Wgłobienie rozpoczynało się w okolicy kątnicy, ścisłe określenie formy niemożliwe. Dnia następnego przy zwiększającym się zapadzie chora zmarła. Zwłok po śmierci nie badano, a przeto i forma wgłobienia ściśle określona nie została.

4. G. K., 40 lat, po pracy położył się spać, będąc zupełnie zdrowym. Nagle w nocy obudziły go gwałtowne bóle w brzuchu. Zażył zaraz olej rącznikowy, który natychmiast zrzucił. Od tej chwili miewał bardzo częste wymioty po kilkanaście razy dziennie w ciągu 3 dni, w ciągu całego tygodnia stolców nie miał, dopiero 7. dnia choroby po zażyciu senesu nastąpiło obfite wypróżnienie, poczem bóle się znacznie zmniejszyły i chory poczuł się lepiej. Do szpitala św. Wincentego na oddział chorób wewnętrznych przybył 30. I. 1915, w cztery tygodnie od początku choroby.

Jedyną skargą chorego są powtarzające się kilka razy dziennie napadowe bóle w brzuchu, przyczem, jak chory sam określa: »coś w brzuchu chodzi«. Przy badaniu w narządach klatki piersiowej nic nie znaleziono. Brzuch nie wzdęty, nie bolesny, w prawem podżebrzu wyczuwa się guz walcowaty, około 8 cm długi, niebolesny. Badanie treści żołądka nie dało żadnego wyniku, natomiast badanie kału wykazało ukryte krwawienie.

3. II. chory miał obfity stolec. Guz zupełnie zniknął, bóle ustały, chory czuje się znacznie lepiej.

7. II. bóle znów się zwiększyły, guz wyczuwa się ze strony prawej bardzo wyraźnie. Wobec rozpoznania wgłobienia chory został przeniesiony na oddział chirurgiczny, gdzie przy badaniu potwierdzono rozpoznanie; guz doskonale wyczuwalny w prawem podżebrzu, 6—7 cm długi, mało bolesny; przy głębokim wdechu udaje się go zupełnie oddzielić od wątroby i nieco posunąć ku dołowi. Wogóle jednak ruchomość guza bardzo nieznaczna, kurczenia się przy obmacywaniu nie widać.

10. II. w uśpieniu morfinowoeterowem operacya. Cięcie w linii środkowej, po otwarciu jamy brzusznej rozpoznanie potwierdziło się.

Przy wydobywaniu guza następuje jeszcze w jamie brzusznej odpochwienie, tak że tylko nieznaczną część guza udało się wydobyć na zewnątrz, łatwe ostateczne odpochwienie. Znów mamy do czynienia z wynicowaniem kątnicy mocno obrzękłej, spoistości namoczonej tektury. Po dokonanem odjęciu obrzękłego wyrostka robaczkowego dla zapobieżenia nawrotom zrobiłem kolumnizacyę Delbeta. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

5. H. K., 20 lat. Przed dwoma laty przechodziła dysenteryę (?). Miała wtedy wymioty, bóle, dęcie; choroba przyszła nagle i trwała około miesiąca.

Obecnie chora przeszło tydzień. Zachorowała nagle; wśród zupełnego zdrowia, wystąpiły raptownie mocne bóle napadowe, wymioty częste w ciągu pierwszych 5 dni, później ustały. Stolce miała 3 razy od początku choroby, zwykłe, bez domieszki krwi. Przy badaniu jednak stolców odczyn krwi występuje bardzo wyraźnie.

Przy badaniu w jamie brzusznej wyczuwa się duży walcowaty guz, bolesny przy dotyku, nie kurczący się przy obmacywaniu. Przytem brzuch nie wzdęty, niebolesny, w dolnej części nad spojeniem wyraźne stłumienie (przesięk). Objaw Danećgo (wysoki ton opukowy w okolicy kątnicy) nie występuje.

1. III. 1916 w szpitalu św. Wincentego w uśpieniu eterowem dokonałem operacyi. Po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej stwierdzono, że wgłobienie sięga do połowy okrężnicy poprzecznej.

Z początku łatwe odpochwienie, pewne trudności w odgłobianiu wystąpiły przy dojściu do zgięcia wątrobnego okrężnicy; wobec niemożliwości wydobycia całego guza na zewnątrz, dalsze odpochwianie musiało się odbyć w jamie brzusznej. Ostatnie wysunęło się obrzękłe dno kątnicy, z charakterystycznem wgłębieniem, przeważnie od strony zewnętrznej. Lejek ten trudno daje się wyprostować. Na dnie kątnicy widać stare, dość mocne blizny. Otrzewna okrężnicy wstępującej znacznie przekrwiona z bardzo rozwiniętemi naczyniami krwionośnemi dość dawnego pochodzenia. Wyciąłem wyrostek robaczkowy i po zupełnem wyrównaniu zagłębienia na dnie kątnicy dokonałem zapobiegawczej operacyi podług Delbeta (columnisatio). Nazajutrz po operacyi podniesienie ciepłoty do 38·5 przy ogólnym dobrym stanie chorej. Dalszy przebieg pooperacyjny bez powikłań. Wyzdrowienie.

6. W. D., chłopiec 4-miesięczny, wśród zupełnego zdrowia w nocy 5. września 1915 dostał gwałtownych boleści w brzuchu i wymiotów. Po lewatywie odeszła niewielka ilość sformowanego kału, woda zaś była zlekka różowo zabarwiona. Po paru godzinach wymioty ustały, dziecko osłabione dużo śpi, od czasu do czasu zrywa się i mocno krzyczy i wydyma się, przyczem z odbytu pokazuje się trochę śluzowej płynnej wydzieliny, wyraźnie krwią zabarwionej. Wieczorem tego dnia była znaczna poprawa, dziecko znacznie się uspokoiło, w nocy znaczne pogorszenie. Nazajutrz zrana wezwany przez kol. Kiełczewskiego na naradę, widziałem dziecko po raz pierwszy. Ciepłota nie podniesiona, tętno 90, dość słabe. Obrączka stolcowa wypuklona, otwarta, bóle napadowe z dęciem powtarzają się.

Przy badaniu brzucha wyraźnie wyczuwa się guz walcowaty po stronie lewej, w okolicy pętli esowatej, ginący w miednicy. Palec, wprowadzony do odbytu, zaraz za zwieraczem wyczuwa zupełnie charakterystyczny dla wgłobienia obraz.

W uśpieniu eterowem przystąpiłem do operacyi w 30 godzin od początku choroby. Po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej przystąpiono do odpochwienia, które z początku szło nader łatwo, lecz mniej więcej w początku okrężnicy poprzecznej przy odgłobianiu napotkaliśmy trudności nie do przezwyciężenia, zwłaszcza, że otrzewna zaczęła pękać na jelicie wgłobiającem; wtedy zrobiłem resekcyę jelita wgłobionego metodą Barkera. Po operacyi stan względnie niezły, lecz w nocy rozpoczął się zapad i dziecko w 24 godzin po operacyi umarło.

Sprawę wgłobienia jelit ze stanowiska patologii dość szeroko starałem się przedstawić w mojej poprzedniej pracy (na początku wspomnianej); nie chcę się powtarzać, podkreślić muszę jednak kilka nastręczających się wniosków.

1. W dawnych 39 i nowych 6 przypadkach, razem w 45 przypadkach wgłobienia jelit ani razu nie spotkałem się z wgłobieniem krętniczokątniczem (invaginatio ileocaecalis), z formą, dotąd uważaną za najczęstszą, której istnienie anatomiczne dane, jakoteż szereg przypadków, ściśle obserwowanych, jednakże wykluczają zupełnie. Najczęstszą zaś formą wgłobień są wpochwienia, rozpoczynające się od wynicowania dna kątnicy, co cały szereg moich przypadków najzupełniej potwierdza.

2. W niejasnych pod względem rozpoznawczym przypadkach należy badać kał co do ukrytego krwawienia; dodatni wynik przemawiać może na rzecz wgłobienia.

3. O ile niema zmian zgorzelinowych na jelicie wpochwiającem, bez względu na czas trwania wgłobienia, należy próbować odpochwienia metodą Hutchinsona, co się

udaje w znacznej większości przypadków wgłobień kątniczych.

4. U małych dzieci, o ile nie uda się odpochwienie, każdy większy zabieg, jak resekcya, daje bardzo złe wyniki.

5. Często spotykane, a poraz pierwszy przez Mattiego podkreślone podnoszenie się ciepłoty do 38·5, a nawet 39° nazajutrz po odpochwieniu nie daje bynajmniej złego rokowania, a zależy od zwiększonego wchłaniania przez zwolnione od ucisku naczynia chłonne krezki.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynki do rokowania i leczenia wiewióra u kobiet

podał

Dr Franciszek Walter,
tymcz. kierownik oddziału.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lek. 28. II. 1917).

(Dokończenie).

Almquist rozpoczynał leczenie zaraz po zakażeniu w 6—8 dni i zdołał świeże przypadki wyleczyć w bardzo krótkim czasie (około 14 dni). Wyniki Englesona, Schmidta, jak również Schlasberga (który stosował cusylol, jako środek niszczący dwoinki Neissera), potwierdzały w zupełności dobre wyniki Almquista. Autorowie ci dochodzą ogólnie do wniosku, że wiewióra kobiet nie należy już więcej uważać za sprawę chorobową nieuleczalną, a stosowanie tej metody i w taki sposób, jak żąda Almquist, nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla chorej.

Zachęcony tymi wynikami, stosuję tę metodę od przeszło 2 lat na oddziale chorób wenerycznych w krajowym szpitalu św. Łazarza, wraz z drugą metodą, którą uważałem za najlepszą. Mianowicie w wiewiórze cewki moczowej stosowałem pręciki z masła kakaowego z dodatkiem środka niszczącego dwoinki, w wiewiórze odbytnicy czopki (suppositoria), a przy zajęciu szyjki macicznej przyżeganie 10%—20% rozczynem azotanu srebrowego przy pomocy zgłębnika Playfaira.

Materyał oddziałowy w liczbie 371 przypadków składał się przeważnie z prostytutek z Krakowa i z okolic okupowanych Królestwa Polskiego. Na wiewiór u dzieci przypadało przypadków 16. (Dzieci było więcej, lecz wypuszczono je w stanie niewyleczonym na wyraźne żądanie matek, nie chcących dłużej pozostawić dzieci w szpitalu). Co do wieku, to przeważna liczba była małoletnich, a mianowicie:

w wieku lat 14	leczono kobiet	2
» » » 15	» »	6
» » » 16	» »	26
» » » 17	» »	42
» » » 18	» »	56
» » » 19	» »	51
» » » 20	» »	25
między rokiem 21 a 30	» »	110
» » 31 a 40	» »	17
dzieci do lat 10	» »	16
	Razem	371

Sposób naszego postępowania był następujący:

U każdej kobiety, zgłaszającej się samej do leczenia, lub oddanej przez lekarza sanitarnego (ewentualnie przysłanej przez c. i k. komendy etapowe), badano co do dwoinek Neissera cewkę moczową, szyjkę macicy, odbytnicę, gruczoły Bartholiniego (w razie obecności wydzieliny). Za ujemny wynik uważaliśmy te przypadki, gdzie 3—4-krotne badanie nie wykazywało dwoinek w preparatach, ani skład wydzieliny nie nasuwał podejrzeń co do istnienia sprawy swoistej.

Według siedziby sprawy chorobowej było przypadków wiewióra:

cewki	128
cewki i gruczołów okołocewkowych Skenego	4
szyjki macicznej	30
gruczołów Bartholiniego a) jednostronnie	34
» » b) obustronnie	2
odbytnicy	5
cewki i szyjki macicznej	87
cewki, szyjki macicznej i gruczołów okołocewk.	2
cewki i gruczołów Bartholiniego	27
cewki i odbytnicy	9
cewki, odbytnicy i gruczołów okołocewkowych	1
cewki, szyjki macicz. i gruczołów Bartholiniego	16
cewki, szyjki macicznej i odbytnicy	4
cewki, szyjki macicznej, odbytnicy i gruczołów okołocewkowych	1
cewki, szyjki macicznej, gruczołów Bartholiniego i odbytnicy	1
szyjki macicznej i gruczołów Bartholiniego	2
sromu, pochwy i cewki (u dzieci)	3
sromu, pochwy, cewki, odbytnicy (u dzieci)	3
cewki wraz z zajęciem wiewiórowem stawów	2
Razem	371

Wiewióra odbytnicy u dorosłych było zaledwie 21 przypadków. W porównaniu z cyframi innych autorów są nasze cyfry bardzo małe. Flügel osiągnął poważną liczbę 20% przypadków wiewióra odbytnicy, Demeter 17·2%, Huber 24·8%, Schmidt 18·3% i 27·7%, Eichhorn 30%. Cyfry niniejsze, zbliżające się do naszych, podali Behrmann 8·3%, Mucha 10·8%. W każdym przypadku na naszym oddziale badano preparaty z odbytnicy co do dwoinek Neissera; w razie ujemnego wyniku ponawiano badanie po raz drugi i trzeci w czasie leczenia. Preparaty barwiono błękitem metylenowym, a przeważnie sposobem Grama. Trudności w wykazaniu dwoinek Neissera w preparatach z odbytnicy są bardzo znaczne. Pomijając ostre przypadki, w których wyciek ropny, obecność owrzodzeń i nadżerek na zwieraczu i błonie śluzowej odbytnicy, jakoteż obfitość ciałek ropnych i typowych dwoinek wiewiórowych w preparatach ułatwia rozpoznanie (przypadków takich spostrzegaliśmy dwa), stwierdzenie wiewióra w innych przypadkach natrafia na wiele trudności. Przedewszystkiem obfita flora bakteryi utrudnia wyszukanie dwoinek Neissera; bezwątpienia w znacznej mierze ułatwia te poszukiwania barwienie metodą Grama. Wiewiór odbytnicy towarzyszy zwykle innym sprawom wiewiórowym; zapaleń wiewiórowych samej odbytnicy stwierdzić można było przypadków 5.

Ogólną liczbę przypadków (355) wiewióra u dorosłych podzieliliśmy na dwie serye; w każdej seryi zastosowaliśmy odmienną metodę leczenia. W pierwszej stosowano w leczeniu wiewióra cewki pręciki z masła kakaowego z dodatkiem przetworów srebrowych, jak albarginy 1—2%, hegononu 1—2%, protargolu 2%; w przypadkach wiewióra odbytnicy czopki z 2% albarginy. Szyjkę macicy, po starannem oczyszczeniu środkami przeciwgnilnymi, tuszowano 10 i 20% rozczynem azotanu srebra przy pomocy zgłębnika Playfaira, owiniętego watą. Po skończonem tuszowaniu zakładano przed ujście macicy tampon, napojony 10% ichtyolem w glicerynie. W ten sposób leczono 75 przypadków wiewióra cewki, 42 przypadków wiewióra szyjki macicznej, a sześć przypadków wiewióra odbytnicy.

Leczenie cewki trwało w 44 przypadkach 24 dni; w 16 przypadkach 30 dni, w 9 przypadkach 40 dni, w 5 powyżej 50 dni. Leczenie przerywano wówczas, gdy trzy-

krotne badanie wydzieliny co do dwoinek w odstępach 8-dniowych dawało wynik ujemny. Jeżeli w czasie leczenia wiewióra cewki i szyjki dwoinki Neissera utrzymywały się w szyjce, kiedy już w cewce nie można było ich stwierdzić, prowadzono leczenie cewki również tak długo, jak i szyjki macicy. W przypadkach zajęcia wiewiórem gruczołów okołocewkowych Skenego przed przystąpieniem do leczenia cewki niszczono galwanokauterem zajęte sprawą chorobową gruczoły. Leczenie szyjki trwało średnio powyżej dni 20 w 10 przypadkach, w 13 przypadkach od 30 do 35 dni, w pozostałych 40 i 60 dni.

Wiewiór odbytnicy (6 przypadków) leczono czopkami z masła kakaowego z 1% albarginy; w 5 przypadkach leczenie trwało 30 dni, w jednym 46.

Wiewiór gruczołów Bartholiniego leczono wstrzykiwaniami 5 i 10% roztworu azotanu srebrowego do przewodu gruczołowego. W razie zropienia gruczołu otwierano chirurgicznie ropień i setonowano. Na 81 przypadków 17 leczono chirurgicznie, w 3 przypadkach dokonano wyłuszczenia torbielowato zmienionego gruczołu, w pozostałych 61 zastosowano wstrzykiwania azotanu srebrowego. Ilość dni leczenia wynosiła średnio 20—30.

W pozostałych przypadkach wiewióra zastosowano sposób leczenia, podany przez Almquista. W składzie środka leczniczego zrobiono poprawkę o tyle, że stosowaliśmy 2·5 gumy tragankowej na 200 wody, gdyż środek sporządzony wedle oryginalnego przepisu był zbyt zbity i z trudem dawał się naciągnąć do strzykawki. Chorej polecano oddać mocz, następnie po zewnętrznem oczyszczeniu sromu 3% roztworem kwasu borowego wstrzykiwano około 3 cm³ środka Almquista do cewki moczowej, a 20 cm³ do odbytnicy. Po odjęciu strzykawki zauważyć było można wydobywanie się części leku na zewnątrz. W razie wiewióra szyjki macicznej po nastawieniu części pochwowej we wzierniku rurkowatym przepłukiwano pochwę również roztworem kwasu borowego i kłębkiem waty, napojonym 3% roztworem perhydrolu, oczyszczano następnie dokładnie ujście zewnętrzne, aby ani śladu wydzieliny nie pozostało.

Następnie strzykawką o długiej rękojeści wstrzykiwano 2 cm³ środka Almquista do szyjki macicznej; jeżeli napotykano na opór, nie używano nacisku, aby koniecznie wstrzyknąć całą zawartość strzykawki do jamy macicznej, lecz wstrzykiwano tylko tyle, ile z łatwością wchodziło. W większej części przypadków wstrzykiwanie z łatwością dało się zastosować, nieznaczna tylko część środka wydobywała się na zewnątrz. Po odjęciu strzykawki zakładano przed ujście zwitek waty. Dolegliwości większych prawie nigdy nie zauważano; w bardzo nielicznych przypadkach skarżyły się chore na bole, które najdalej po godzinie zupełnie ustępowały. Do leczenia szyjki tym sposobem wybierano tylko te przypadki, gdzie nie było objawów zajęcia przydatków; w 9 przypadkach z powodu wystąpienia objawów zadrażnienia przydatków musiano zaprzestać leczenia. Nie zauważono żadnych ważniejszych objawów przy stosowaniu tej metody do cewki i odbytnicy; czasami tylko skarżyły się chore na uczucie pieczenia. Ze środków, działających zabójczo na dwoinki wiewiórowe, przeważnie stosowano przetwory srebra, jak: albarginę 1% do cewki i 2% do szyjki, protargol 1%, 2% i 3%, hegonon 1% i 2%, azotan srebrowy 1%. Azotan srebrowy oddawał najlepsze usługi i gdy który z pierwszych środków zawiódł, azotanem srebra doprowadzano leczenie do końca. Stosowano także w kilkunastu przypadkach cusylol w ten sposób, jaki podał Schlasberg, jednak wyższości tego leku nad przetworami srebra i skrócenia czasu leczenia nie można było zauważyć. W ostatnich 30 przypadkach zastosowano także niedawno podany środek choleval w 2% i 4% roztworach. Działanie jego było skuteczne i szybkie, zwłaszcza w wiewiórze szyjki macicznej. Przytaczam tablicę, obejmującą kilkanaście przypadków, podanych bez wyboru:

Przypadek	Siedziba wiewióra	Gcc. znikały po dniach			Liczba dni leczenia	Liczba dni ujemnego badania gcc. po odbytem leczeniu
		cewka	szyjka	odbyt.		
25	Cewka	4			16	3, 4
39	Cewka	5			18	4
45	Odbytnica	16			30	4, 6
53	Cewka, szyjka m.	10	10		29	4
86	Cewka, odbytnica	7		15	32	5, 8, 10
88	Cewka	20			36	3, 5
102	Cewka, szyjka m.	9	18		32	4, 7
111	Cewka, gruczoły Barth.	5			22	4
191	Szyjka m.	18			32	4, 6
204	Cewka	36			52	5
216	Cewka, szyjka m.	9	9		26	4, 7
223	Cewka, gruczoły Barth.	10			25	5
230	Cewka	7			22	4, 9
232	Cewka	6			21	4
253	Szyjka m.		32		48	5, 10, 26
254	Cewka, szyjka m.	6	12		26	3, 5
259	Cewka	8			24	3, 5
262	Cewka, szyjka m.	5	11		25	5, 7
263	Cewka	8			24	5, 11, 13, 14
264	Cewka, szyjka m.	5	12		27	5, 6, 11
265	Cewka, szyjka m.	5	10		26	5, 6, 12
303	Cewka	39			54	5, 10
323	Cewka, szyjka m.	20	61		77	4, 6
326	Cewka	22			38	3, 5
341	Szyjka m., odbytnica	9		31	47	4, 8, 17
345	Cewka	4			18	5, 8, 22

Z 207 przypadków wiewióra cewki moczowej w 114 przypadkach leczenie trwało około 22 dni, w 48 przypadkach 30 dni, w 19 — 38 dni, w 11 — 46 do 50 dni, w jednym 124 dni, w jednym 140 dni.

W 102 przypadkach wiewióra szyjki macicznej leczenie trwało w 36 przypadkach 20 dni, w 33 — 30 dni, w 7 — 36 dni, w 16 — 45 dni, w 3 — 60 dni, w 3 — 70 dni, w 2 — 80 dni, w jednym 120 dni, w jednym 152 dni.

Na 15 przypadków wiewióra odbytnicy leczenie trwało w 4 przypadkach 20 dni, w jednym 30 dni, w 7 — 40 dni, w jednym 46 dni, w jednym 52 dni, w jednym 60 dni.

Z porównania dotychczasowych sposobów leczenia z metodą, podaną przez Almquista, wiele przemawia na korzyść tej metody. Przedewszystkiem środek Almquista może pozostać przez dłuższy czas w ścisłej styczności z błoną śluzową, a przez to może działać leczniczo długo na wzór przedłużonych wstrzykiwań Neissera. Środek Almquista nie usuwa się do pęcherza, jak roztwory wodne; w leczeniu natomiast szyjki macicznej czystość i szybkość zabiegu, wraz z dobrymi wynikami, bezsprzecznie przemawiają na korzyść tego środka.

W pewnej liczbie przypadków, leczonych wstrzykiwaniami do szyjki macicznej, podobnie jak i leczonych tuszowaniem, wystąpiły objawy podrażnienia przydatków, mimo że tych objawów przed rozpoczęciem leczenia albo nie było, albo też były bardzo nieznaczne. W jednym przypadku podrażnienie to wystąpiło po upływie 10 dni leczenia, w 5 przypadkach w dniach 12, 14 i 15, w 2 przypadkach po 25 dniach, w jednym po 71 dniach. Po przerwaniu leczenia, gdy objawy te ustąpiły, leczenia szyjki już nie rozpoczynano na nowo. Przypadków tych do ogólnej liczby leczonych z wynikiem dodatnim nie wliczono, gdyż wypuszczano je z oddziału jako nie uleczone. Z innych powikłań zauważono zajęcie stawów w 2 przypadkach; w obu zajęty był staw skokowy.

Jasną jest rzeczą, że w stwierdzeniu zupełnego wyleczenia wiewióra dopomaga możność dłuższego obserwowania chorej po skończonem leczeniu. Z powodów bardzo łatwo zrozumiałych nie można było przetrzymywać chorych na naszym oddziale przez dłuższy okres czasu. W przeważnej części przypadków w 4—6 dni po skończeniu leczenia, gdy dwukrotne badanie co do dwoinek Neissera dawało

wynik ujemny, wypuszczano chorą z oddziału, chyba że czysto ropny charakter wydzieliny mimo nieobecności dwoinek nasuwał podejrzenie, iż sprawa swoista trwa jeszcze. W pewnej części przypadków, gdy chore, leczone równocześnie z powodu innych zmian chorobowych, pozostały dłużej na oddziale, obserwacya mogła się rozciągnąć na dalsze dnie. Takie wyleczone prostytutki, gdy znalazły się po pewnym czasie z powrotem na oddziale, mogły być poddane dalszej obserwacyi. I tak w 40 przypadkach obserwacya trwała do 10 dni, w 22 do 15 dni, w 9 do 20, w 8 ponad 20, w 8 ponad 30, a w 10 przypadkach okres badania po skończonem leczeniu trwał około 3 miesięcy. W pozostałych przypadkach czas obserwacyi po skończonem leczeniu wynosił 4—6 dni.

W 30 przypadkach na drugi dzień po skończonem leczeniu zastosowano wstrzykiwanie śródżylne artigonu w ilości 0·05 i 0·1, jakoteż śródmiąższowe wstrzykiwania gonarginy (200 miligr.). Wszystkie te przypadki nie dały żadnego miejscowego odczynu, ani też dwoinek w preparatach nie znaleziono. (Badanie odbyło się w następnych 2—3 dniach po wstrzyknięciu).

Osobno podaję przypadki wiewióra u dzieci. Spostrzegano przypadków 16. Wiek chorych był następujący:

w 3	przypadkach	2	lata
» 7	»	3	»
» 5	»	4	»
» 1	»	6	»

Według siedziby zawsze obok sromu i pochwy zajęta była i cewka, odbytnica w 3 tylko przypadkach. Inni autorowie, jak Wolffenstein, podają cyfry znaczne; na 26 przypadków spostrzegał Wolffenstein 14 przypadków wiewióra odbytnicy, Berger podawał 73%, natomiast Buschke na 50 chorych tylko 5 przypadków, Mattisohn 5%, a Pontoppidan na 779 przypadków tylko 10. Z 3 przypadków naszych dwa stwierdzono wśród leczenia sromu i pochwy, a jeden przy rozpoznaniu nawrotu wiewióra pochwy po 14 dniach. W tym przypadku nastąpiło powtórne zakażenie sromu i pochwy z odbytnicy, gdzie przy pierwszych badaniach dwoinek Neissera nie wykryto.

Leczono te przypadki sposobem Almquista. Codzien nie dwukrotnie przepłukiwano przy pomocy cewnika Nelatona pochwę 0·5% roczczynem protargolu w ilości 200 gr. Następnie wstrzykiwano do pochwy 3 cm³ sz. środka Almquista z 1% albarginy lub azotanu srebra. Do cewki moczowej wprowadzano małą strzykawką 1 cm³, do odbytnicy 5—10 cm³ po poprzedniem przepłukaniu 0·5% protargolem.

Okres leczenia trwał średnio:

w 1	przypadku	26	dni
» 2	przypadkach ponad	40	dni
» 2	» »	50	»
» 2	» »	60	»
» 2	» »	70	»
» 3	» »	96	»
» 2	» »	120	»
» 2	» »	160	»

Leczenie przeprowadzano dopóty, aż wszelkie objawy kliniczne zupełnie ustąpiły. W tydzień po ukończeniu leczenia, jeżeli nie wykryto kilkakrotnem badaniem dwoinek, wypuszczano chore jako wyleczone. Jeżeli dwoinki Neissera pojawiły się znowu, przeprowadzano leczenie na nowo energiczniej, silniejszymi roczczynami. W dwóch przypadkach stwierdzono nawrót, w jednym po 14 dniach (samozakażenie z odbytnicy), w drugim dopiero po upływie 6 tygodni. W tym przypadku nie było wykluczone powtórne zakażenie od matki, matka ta bowiem dotknięta była wiewiórem, a wzbraniała się poddać leczeniu. Ponieważ we wszystkich przypadkach pouczono otoczenie, aby przy podejrzeniu jakichkolwiek najmniejszych objawów przyprowadzono dziecko do badania, a w żadnym innym przypadku nie było powtórnego zgłoszenia, przeto przyjąć należy, że we wszystkich innych przypadkach wyleczenie było trwałe. Zajęcia innych narządów, jak gruczołów Bartholiniego, szyjki macicznej, nie spostrzegano.

Wiewióra samej cewki moczowej również nie spostrzegano; wiewiór spojówek był w jednym tylko przypadku. Powikłania takie, jak zapalenie błony śluzowej macicy, jajowodów, jajników, stawów, opisywali Mattissohn, Pontoppidana, wiek jednak chorych był o wiele wyższy, niż w naszych przypadkach. Pomimo sceptycznego zapatrywania się innych autorów dochodzą Mattissohn i Pontoppidan do wniosku, że leczenie wprawdzie trwa długo, ale prawie we wszystkich przypadkach wynikiem jest zupełne wyleczenie, a nic nie wskazuje na to, aby choroba trwać miała w późniejsze lata.

Na podstawie naszych 16 przypadków nie możemy mówić wprawdzie z zupełną pewnością o trwałych wynikach, nie mając sposobności badać leczonych dzieci po dłuższym upływie czasu. W każdym razie przemawia na korzyść ta okoliczność, że matki, pouczone dostatecznie o objawach nawrotów, nie przyprowadzały nigdy dzieci znowu do leczenia (prócz 2 wymienionych przypadków). Przyjąć więc należy, że wszystkie te przypadki zostały trwale wyleczone.

Zbierając wyniki leczenia tych wszystkich przypadków, należy zauważyć, że zbyt może pesymistyczne były dotychczasowe zapatrywania na nieuleczalność wiewióra u kobiet. Warunki wyleczalności zmieniły się obecnie na lepsze; bardzo wiele przypadków zostaje zupełnie uleczonych, zwłaszcza ze zgłaszających się we wczesnych okresach. Wprawdzie już Jadassohn zwracał uwagę (Behandlung der Gonorrhoë mir Ichtyol), że sposób stwierdzania zupełnego wyleczenia jest żmudny. Jest on jednak bardzo ważny. Kliniczne badania są zupełnie niewystarczające. Również nie jest wystarczające, jeżeli w ciągu leczenia stwierdza się nieobecność dwoinek Neissera w preparatach; dopiero jeżeli po zaprzestaniu leczenia dłuższa obserwacya nie wykrywa dwoinek, to można określić przypadek jako wyleczony. Również i Neisser, który w określeniu wyleczenia zbyt był ostrożny, gdy oświadczał, że »ani on, ani nikt inny twierdzić nie może, jakoby posiadł sztukę leczenia wiewióra«, — określa przypadek jako na pewno wyleczony, jeżeli 3-krotne badanie w 3-dniowych odstępach da wynik ujemny. Nie można się zgodzić ze zdaniem Behrenda, że obecność lub nieobecność dwoinek Neissera jest tylko objawem niepewnym, wahającym się bardzo często, a zwracać należy uwagę tylko na objawy kliniczne, bez badania mikroskopowego. Objawy kliniczne mogą trwać bardzo długo, nieraz lata całe. Behrend podaje, że są przypadki, gdzie dnie całe są bez dwoinek, potem dwoinki z powrotem się pojawiają, a więc badania Neissera nie miały żadnego znaczenia. »Die Methode des mikroskopischen Gonokokkennachweises ist eigentlich von positivem Werth nur in den Fällen, in denen sie neben anderen Methoden überflüssig ist, und in anderen ist sie so wenig zuverlässig, dass wir lieber ganz auf sie verzichten«. Na taki pogląd żadną miarą nie można się pisać.

Wyniki Almquista, Schmidta, Englesona, moje i innych potwierdzają możność zupełnego wyleczenia wiewióra u kobiet; w niektórych przypadkach obserwacya chorej po skończonem leczeniu rozciągała się na miesiące całe.

Jasną jest rzeczą, że przypadki zajęcia przydatków są dla takiego leczenia stracone; jedyną pomoc przynieść może tu zabieg operacyjny.

Wyleczalność zupełna wiewióra kobiet jest rzeczą niesłychanie ważną dla całej sprawy zapobiegania chorobom wenerycznym. W pierwszym bowiem rzędzie idzie tu o prostytutki. Dopóki istnieje i istnieć będzie prostytucya, tak dobrze znana w historyi kultury wszystkich narodów, dopóty też istnieć będzie niebezpieczeństwo szerzenia się cho-

rób wenerycznych. Stwierdzenie więc wiewióra w czasie kontroli prostytutek, i to wczesne, jest pierwszym postulatem; skierowanie chorej do leczenia racyonalnego z pewnością uwolni ją od choroby. Nie potrzebuję zaznaczać, że taka profilaktyka jest jednostronna. Moralnym obowiązkiem każdego mężczyzny, dotkniętego wiewiórem, zwłaszcza przewlekłym, jest leczenie się. I to jest szczegół może ważniejszy, niż uregulowanie całej sprawy prostytucyi.

Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie c. k. Namiestnictwa, Centrali krajowej dla gospodarczej odbudowy Galicyi za czas od Czerwca 1916 do Lutego 1917. Kraków 1917, str. 309.

Ogłoszenie sprawozdania z dotychczasowej działalności Centrali dla odbudowy Galicyi jest bardzo na czasie. Sprostuje ono z jednej strony wiele mylnych sądów o tej odbudowie, a z drugiej strony pozwoli ocenić jej braki.

Główną treść książki stanowią sprawozdania z trzech Oddziałów (Sekcyi) Centrali: budowlanego, rolniczego i przemysłowo-handlowego. Z tych trzech działów obchodzi koła lekarskie dział pierwszy, to jest budowlany, tu bowiem wchodzą bezpośrednio w grę sprawy higieniczne i sanitarne.

Sprawozdania z tych trzech działów poprzedza wstęp, opisujący organizacyę Centrali i Rady przybocznej, oraz dający pogląd na rozmiary zniszczenia i pierwszą akcyę doraźną dla pomieszczenia bezdomnych. W oswobodzonych od najazdu 60 powiatach Galicyi znajduje się 4847 gmin; z tych 4847 gmin uległo zniszczeniu 1323 wsi i 112 miast (razem 1435, więc prawie trzecia część). Zupełnie zniszczało 680 wsi i 112 miast, a 69.716 budynków mieszkalnych. Najwięcej ucierpiały powiaty przemyski i jarosławski, następnie powiaty nad Dunajcem, w widłach Sanu i Wisły, w okolicach Gródka i poza Lwowem w obecnej linii bojowej. Z miast doszczętnie zniszczały Gorlice, gdzie ostało się tylko 40 budynków (uszkodzonych). W tem zestawieniu nie mieszczą się jednak ani dwory i folwarki, prawie bez wyjątku zniszczone, ani plebanie i kościoły, ani zakłady przemysłowe. »Pożogi tatarskie dawnych wieków były w porównaniu z tem drobnostką, a szkody w Prusach wschodnich... nie dają się nawet porównać z ogromem szkód, zrządzonych w Galicyi« — mówi Sprawozdanie. Koszt odbudowy samych tylko zniszczonych budynków szacuje zarówno Centrala, jak i znawcy wiedeńscy z kół tamtejszych technicznych (szukających w Galicyi zarobków) na półtrzecia do trzech miliardów koron. Bez dachu nad głową znalazło się 63.216 rodzin. Akcya doraźna do utworzenia Centrali, t. j. do czerwca 1916, stworzyła dach dla 30.000 rodzin: zbudowano 651 baraków kilkoizbowych, 8537 domów jednoizbowych i naprawiono 16.788 budynków kosztem 18,736.243 kor.; pozostałych 23.000 rodzin pomieszczono w ocalałych budynkach prywatnych za opłacanym przez Rząd czynszem.

Od czerwca 1916 objął odbudowę Oddział budowlany Centrali. Wśród biur tego Oddziału jest osobne biuro dla odbudowy wsi, osobne dla odbudowy miast, osobne — dla odbudowy »zdrojowisk, zakładów kąpielowych, wodociągów, kanalizacyi i t. p. urządzeń asanacyjnych«. W projektowaniu nowych planów regulacyjnych zniszczonych miast Oddział budowlany Centrali tylko współdziała; plany te należą bowiem do zakresu działania Wydziału krajowego. O planach regulacyjnych innych zniszczonych osad niema wzmianki w sprawozdaniu Oddziału budowlanego. Biuro odbudowy miast w Oddziale budowlanym Centrali ma wkrótce wygotować i przedłożyć Radzie przybocznej Centrali wnioski o zmianę obowiązujących dotąd krajowych ustaw budowlanych, aby »usunąć liczne braki tych ustaw, zwłaszcza pod względem policyi sanitarnej«, przyczem wnioski te będą przedłożone Namiestnictwu i Wydziałowi krajowemu z prośbą o odpowiednie rozporządzenia. Biuro dla odbudowy wsi ma wkrótce wydać drukiem typy wzorowych budynków włościańskich, oparte na typach istniejących, ale z niezbędnemi ulepszeniami, m. i. pod względem zdrowotnym.

Oddział budowlany Centrali objął więc swemi zadaniami niektóre postulaty, które Krakowskie Towarzystwo lekarskie podniosło w połowie czerwca 1916, zanim Centrala rozpoczęła swą pracę. Podnosząc to z uznaniem, niepodobna oprzeć się jednak wrażeniu, że prace, zmierzające do zmiany ustaw budowlanych, postępują w Centrali dość powoli i że wynik ich już nie zdąży wpłynąć na tę część odbudowy, którą sprawozdanie Centrali nazywa prowizoryczną. Podobno w pracach nad zmianą ustaw współdziała komitet, zaproszony przez Oddział budowlany Centrali, a mający w swem gronie, jak słychać, także jednego lekarza-higienistę. Byłoby to okolicznością bardzo dla rzeczy korzystną, aczkolwiek nie wypełnia jeszcze słusznego postulatu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, aby i w biurach Centrali i w Radzie przybocznej stale współpracowali lekarze, których tam dotąd brak zupełnie. Konieczny byłby zwłaszcza ich współudział w opracowaniu typów wzorowych definitywnych budowli jeszcze przed wydaniem ich drukiem.

Dla wykonania swych zadań utworzył Oddział budowlany Centrali prowincyonalne Ekspozytury budowlane (dotychczas 16 z 19 zamierzonych), które zebrawszy statystykę szkód, prowadzą odbudowę, na razie przeważnie prowizoryczną, częścią same stawiając budynki, częścią oddając budowę przedsiębiorcom, a częścią — udzielając zapomóg i wszelakiej pomocy właścicielom, odbudowującym swe siedziby. — Z tabelarycznych zestawień działalności tych Ekspozytur wynika, że wybudowały one domów mieszkalnych we własnym zarządzie 1828 kosztem 4,928.700 kor., a przez oddanie w przedsiębiorstwo 300 kosztem 1,542.850 kor.; zrekonstruowano 614 budynków miejskich na pomieszczenie bezdomnych kosztem 309.100 kor.; sami właściciele przy udzielonej przez Ekspozytury subwencyi zbudowali 5397 domów mieszkalnych. Według tychże zestawień potrzeba jeszcze zbudować 16.716 budynków mieszkalnych dla bezdomnych.

Te wyniki pracy Ekspozytur są niewątpliwie bardzo znaczne, zwłaszcza jeżeli się zważy ogromne trudności, jakie trzeba było zwalczyć: brak materyału, robotników, środków dowozu przy budowlach we własnym zarządzie, a nadmierne wymagania przy próbach oddawania robót przedsiębiorcom, żądającym 7 do 10 tysięcy kor. za domek, w normalnych czasach kosztujący najwyżej 2.500 kor.

W tej prowizorycznej odbudowie był wytyczną plan doraźnego budynku włościańskiego, opracowany przez Oddział budowlany Centrali. Dom ten mieści sień, komorę, izbę i stajnię pod wspólnym dachem. Na izbę mieszkalną z piecem, kuchnią i piecem piekarskim przeznaczono w nim około 25 m. kw. powierzchni. Cały dom drewniany, z drzewa najmniej 13 cm grubego, z podmurowaniem z cegły, z izolacyą, dachówką kryty (str. 45 Sprawozdania)*).

»Przeciwko temu projektowi domów« — mówi Sprawozdanie (str. 45) — »podniesiono szczególnie ze strony lekarzy »liczne zarzuty ze stanowiska higieny, jak: za małe okna, po- »mieszczenie mieszkania i stajni pod jednym dachem, brak wy- »chodka i t. p. Zauważyć w tym względzie należy, że krytycy »ci, kierując się wyłącznie wskazówkami teoryi, nie zdali sobie »wcale sprawy z położenia, w jakich warunkach znajduje się »ludność bezdomna po wsiach, zniszczonych wskutek wypadków »wojennych, i co w obecnych warunkach podczas trwającej je- »szcze wojny jest wykonalne. Gdyby się byli potrudzili do ta- »kich miejscowości i spostrzegli tam, że tysiące rodzin... mie- »szka w norach podziemnych i piwnicach« (tu następuje plastyczny obraz strasznych stosunków ludności bezdomnej), »by- »liby niezawodnie przyszli do przekonania, że pierwszą i naj- »ważniejszą koniecznością ze względów higieny w takich wa- »runkach jest, wyrwać tych ludzi z tego położenia, zagrażają- »jącego chorobami i śmiercią, zwłaszcza młodszej generacyi, »przez spieszne dostarczenie im najpotrzebniejszego mieszkania »ludzkiego«. Więc też ograniczył się Oddział budowlany Centrali »do najkonieczniejszej potrzeby«, a starał się o wykonanie jaknajwiększej ilości domów, »wychodząc z założenia, że umie- »szczenie stajni pod tymsamym dachem i nieprojektowanie wy- »chodka, zwłaszcza wewnątrz budynku, będzie pod względem »higienicznym mniej szkodliwe, niż pozostawienie bezdomnych »w opisanych wyżej warunkach dlatego tylko, aby budować już

*) W rzeczywistości jednak poczęści i tego wzoru nie osiągnięto. W jarosławskiem postawił przedsiębiorca 200 domów częściowo bez poddasza i na razie bez podmurowania (które będzie z wiosną wykonane), z brusów 8—10 cm grubych, z dachem papą krytym, a otrzymał dalszą dostawę domów z izbą o 23 m. kw. powierzchni i 2·6 m. wysokości do belki stropowej (2·81 do deski powałowej) (str. 48 Sprawozdania).

»teraz domy wzorowe w ograniczonej bardzo ilości, odpowiadające jednak teoryi higieny«.

Ten ustęp sprawozdania nie jest odparciem zarzutów, podniesionych przeciw planowi chaty tymczasowej. Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że stosunki, w jakich żyła ludność bezdomna, były lekarzom znane nietylko z teoryi, a były znane jeszcze długo przedtem, zanim Centrala odbudowy mogła je poznać, bo wielu lekarzy, wytrwawszy na stanowiskach w czasie najazdu, nietylko naocznie widziało, ale i osobiście doznało następstw zniszczenia kraju; poznali je też dokładnie lekarze wzdłuż i wszerz kraju czyto przy akcyi kolumn sanitarnych, czy przy objazdach grup szczepiących, wysłanych przez Komitet książęco-biskupi i Wydział lekarski krakowski. Następnie nie jest ścisłem zdanie, jakoby budowa domów higieniczniejszych, niż domy, zaprojektowane przez Oddział budowlany Centrali, musiała opóźnić lub zmniejszyć doraźną akcyę budowlaną; mogłaby ją tylko podrożyć, i to stosunkowo nieznacznie. Nikt też nie żądał, by budować »domy wzorowe« choćby »w bardzo ograniczonej ilości, byleby odpowiadały teoryi higieny«. W artykule, ogłoszonym w »Czasie«, domagał się doc. Dr Janiszewski tylko, by w planach nie było ważnych wad, a w artykule w »Nowej Reformie« w końcu lutego 1917 Nr 96, 98 i 100 wykazano, że żądania doc. Dr Janiszewskiego nietylko nie »kierowały się wyłącznie wskazówkami teoryi«, ale że schodziły do najniższych granic elementarnych przepisów higieny praktycznej, a nie przekraczały tego, co w dzisiejszych nawet warunkach jest wykonalne. Sprawozdanie Centrali przytacza z szeregu zarzutów, podniesionych ze względów higienicznych, tylko trzy, pomijając wszystkie inne, między nimi i najważniejszy, dotyczący powierzchni (wzgl. pojemności) izby mieszkalnej, a nie wymagający już tutaj, w piśmie lekarskiem, uzasadnienia. Zaprojektowanie większej izby byłoby podrożyło budowlę o kilka procent, całą zaś akcyę prowizoryczną budowlaną zaledwo o takie kwoty, które są wobec przewidywanego trzechmiliardowego kosztu samych tylko budowli oszczędnością drobną na dziś, a niebezpieczną dla całej wieloletniej przyszłości. Nawet zaś z trzech dowolnie wybranych zarzutów nie odpiera Sprawozdanie wcale jednego, dotyczącego zbyt małych okien; drugi i trzeci zarzut przytoczono nieściśle, zwalczając to, czego krytyk w »Czasie« nie żądał wcale (miejsce ustępowe wewnątrz budynku), a pomijając istotne żądanie (należyte usytuowanie gnojowiska i ustępu względem budynku i studni).

Żałować należy, że uwagi kół lekarskich, podyktowane względem rzeczowym, nie wywołały w Oddziale budowlanym Centrali innego echa zamiast tych usiłowań obrony sprawy, której obronić niepodobna. Żałować trzeba w szczególności, że nie widać ze Sprawozdania, aby te uwagi w czemkolwiek wpłynęły nawet na definitywną odbudowę, częściowo już będącą w toku (jak podaje Sprawozdanie na str. 65 i 66). r.

Projekty ustroju sanitarnego Królestwa Polskiego i Galicyi.

(Ciąg dalszy).

VI. Nieco szczegółowiej określa zasady samodzielnego ustroju sanitarnego w Galicyi uchwała, powzięta przez obie Izby lekarskie galicyjskie na wspólnem posiedzeniu w styczniu 1917. Oprócz postulatu, by w razie wyodrębnienia uzyskała Galicya zupełną samodzielność w sprawach sanitarnych, zawiera ta uchwała następujące zasady ustroju sanitarnego:

1. Wyodrębnienie głównego zarządu administracyi sanitarnej na podobieństwo administracyi skarbowej lub szkolnej, jako osobnego wydziału rządu krajowego z fachowym kierownikiem (lekarzem) na czele, którego stanowisko i atrybucye są równe stanowisku innych kierowników wydziałów rządu krajowego (wiceprezydentów rządu), a któremu,

obok fachowych referentów sanitarnych, są dodani: referent prawnik i referent technik.

Centralny urząd sanitarny (Wydział sanitarny rządu krajowego) załatwia główne swe agendy kolegialnie (na wzór n. p. dzisiejszej galicyjskiej Rady szkolnej). Część członków tego kolegium mianuje rząd krajowy, drugą zaś część, mającą równe prawa z członkami mianowanymi, tworzą delegaci Izb i Wydziałów lekarskich, ewentualnie także Związku krajowego lekarzy. Naczelnika centralnego urzędu sanitarnego mianuje rząd krajowy.

2. Jednolitość całej organizacyi sanitarnej w tem znaczeniu, że władzą zwierzchnią niższych instancyi sanitarnych jest w sprawach sanitarnych i higienicznych wyższa s a n i t a r n a instancya, oraz, że urzędy sanitarne najniższej instancyi (okręgowe, gminne itd.) są do ustroju administracyi sanitarnej włączone. Jednakże lekarzom urzędowym tej najniższej instancyi zabezpiecza pragmatyka służbowa przywilej stałej siedziby (podobnie, jak w sądownictwie), z której lekarz wbrew swojej woli nie może być przeniesiony (z wyjątkiem najcięższych przewinień dyscyplinarnych); ten przywilej wynika stąd, że stanowisko w służbie sanitarnej nie jest główną podstawą utrzymania lekarzy tej kategoryi. Lekarze gminni w miastach o własnym statucie i wogóle w miastach powyżej 40.000 mieszkańców są również włączeni do hierarchii sanitarnej, ale mają w niej stanowisko odpowiednio wysokie (n. p. lekarze naczelni miast o własnym statucie podlegają bezpośrednio tylko centralnemu krajowemu urzędowi zdrowia).
3. Oddanie kierownictwa urzędów sanitarnych także w pośrednich i najniższych instancyach w ręce fachowe (lekarzy).
4. Samodzielny w sprawach sanitarnych i higienicznych zakres działania urzędów sanitarnych średnich instancyi ze stosowną odpowiedzialnością, z prawem bezpośredniej egzekutywy w sprawach nagłych i ważnych, gdzie zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo, w innych zaś razach z prawem egzekutywy za pośrednictwem władz politycznych tejże instancyi, stojących obok, ale nie ponad urzędami sanitarnymi.
5. Personal pomocniczy przy urzędach sanitarnych, (t. j. odpowiednio wykształcona służba sanitarna i pielęgniarki), podlega bezpośrednio, bezwzględnie i wyłącznie lekarzom urzędowym.
6. Skupienie w urzędach sanitarnych ile możności wszystkich spraw sanitarnych i higieniczno-społecznych. Stworzenie należytego kontaktu administracyi sanitarnej z niektórymi innymi działami administracyi, przyczem, o ileby istniał referat higieniczno-sanitarny w niektórych wydziałach rządu krajowego (wydział szkolnictwa, wydział przemysłowy, wydział robót publicznych), to spoczywać powinien w rękach fachowych (lekarzy).
7. Wykształcenie lekarzy urzędowych w nauce administracyi, oraz wykształcenie urzędników administracyjnych (prawników) w zakresie higieny publicznej i społecznej.

Dla porównania warto przytoczyć projekt organizacyi sanitarnej w Austryi, uchwalony przez Izby lekarskie austryackie. Reforma sanitarna zajmowała te Izby przez cały szereg lat i była przedmiotem obrad pięciu Wieców Izb*) na zasadzie bardzo szczegółowej krytyki obecnego ustroju administracyi sanitarnej w Austryi; projekt Izb można uważać za wyraz żądań ogółu lekarzy w Austryi i za próbę uwzględnienia zarówno interesów i zadań administracyi, jak i interesów lekarzy praktycznych.

Zasady, przyjęte przez Izby lekarskie austryackie, brzmią w głównych punktach:

1. Naczelne kierownictwo spraw sanitarnych państwa spoczywać ma w rękach Państwowego Urzędu zdrowia (Reichsgesundheitsamt), przyłączonego (angegliedert) do ministerstwa spraw wewnętrznych, a wyposażonego w odpowiednią samodzielność i potrzebną egzekutywę. Urzędowi temu będą przekazane wszystkie sprawy sanitarne, załatwiane obecnie w innych ministerstwach (komunikacyi, rolnictwa, sprawiedliwości, finansów, handlu i robót publicznych), po części przez osobne departamenty sanitarne tych ministerstw. Prócz tego podlegać będą temu urzędowi pracownie dla badań praktyczno-higienicznych, bakteryologicznych, serologicznych, zakłady krowiankowe państwowe i centralny urząd badania środków spożywczych.

2. Szef sanitarny krajowy i Urząd sanitarny krajowy. Kierownictwo spraw sanitarnych w każdym kraju koronnym spoczywa w ręku szefa sanitarnego krajowego, podległego służbowo kierownikowi Państwowego Urzędu zdrowia. Szef sanitarny krajowy jest zarazem kierownikiem państwowych pracowni higieniczno-chemicznych i bakteryologicznych w stolicach krajów, jak również krajowego zakładu badania środków spożywczych; ma on we wszystkich krajowych sprawach sanitarnych potrzebną egzekutywę. Wszelkie sprawy sanitarne, dotąd nie należące do departamentów sanitarnych namiestnictw, jakoto sprawy sanitarne (higiena) przemysłu, szkół, komunikacyi, nadzór nad żywnością i opieka nad zdrojowiskami, mają być włączone do zakresu działania krajowej władzy sanitarnej.

3. Lekarz powiatowy i powiatowy Urząd zdrowia. Służbę sanitarną w powiatach przy starostwach sprawują c. k. lekarze powiatowi, podlegający bezpośrednio krajowemu szefowi sanitarnemu, a mający we wszystkich sprawach sanitarnych powiatu odpowiednią egzekutywę. Każdy lekarz powiatowy stoi na czele państwowej pracowni chemiczno-higienicznej i bakteryologicznej powiatu. Jako państwowym organom opiniującym nie wolno lekarzom urzędowym przyjmować żadnych innych posad ze stałą płacą. Wykonując praktykę prywatną, są lekarze urzędowi obowiązani stosować się do przepisów Izby lekarskiej, a w razie wykroczenia przeciw tym przepisom podlegają jurysdykcyi Rady honorowej Izby.

(Dokończenie nastąpi).

*) Stenographische Protokolle über die Verhandlungen der oesterreichischen Arztekammertage (XIII. XIV, XVI, XVII, XVIII). Praga 1908, str. 46, Wiedeń 1909, str. 72, Berno 1910, str. 43, Retz 1912, str. 46, Graz 1913, str. 24.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 18. IV. b. r. posiedzenie, na którem Dr Rychliński przedstawił dwa operowane przypadki gruźlicy jajowodów i przypadek cięcia cesarskiego u karlicy (chondrodystrophia foetalis), Dr Oszacki dwa przypadki niedokrwistości hemolitycznej i przypadek obrzęków samoistnych, poczem Dr Blassberg miał wykład o nerwicach serca i stanach pokrewnych. W bardzo ożywionych dyskusyach przemawiali kol. Blassberg, Braun, Ciechanowski, Glassner, Michałowicz, Oszacki, Piltz, Rosner, Wachnianin.

Następne posiedzenie odbędzie się 25. kwietnia w Domu Towarzystwa.

Warszawa. Rodzina i koledzy zmarłego przed 2 laty na dur osutkowy Dr Halperna złożyli na fundacyę konkursową jego imienia Towarzystwu lekarskiemu 6000 rb.

Zmarli: Dr Antoni Pyrz w 50 r. ż., Dr Mieczysław Kaczorowski w 29 r. ż. z duru plamistego w Warszawie, Dr Ludwik Zamenhof, twórca języka Esperanto, w 58 r. ż. w Warszawie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 25. kwietnia** 1917 o godzinie 6 wieczór **w D o m u T o w a r z y s t w a** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Wnioski Zarządu w sprawie członków honorowych. 2) Demonstracye. 3) Dr K. M i c h e j d a: O zgorzeli gazowej.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 17. Kraków, 28. kwietnia 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 28. kwietnia 1917. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B.) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie rokowania w durze brzusznym

napisał

prym. Dr Antoni Krokiewicz.

Rokowanie w durze brzusznym jest częstokroć bardzo nieuchwytne i nieobliczalne i wymaga ze strony lekarza zawsze wielkiej ostrożności. Przebieg chorobowy zależy nietylko od indywidualności chorego i od siły zakażenia, ale i od różnych niespodziewanych powikłań. Znane są odosobnione przypadki, w których chorzy, pozornie zdrowi i oddający się swej zawodowej pracy, nagle giną wśród objawów ostrego zapalenia otrzewnej, a oględziny pośmiertne jako przyczynę zejścia śmiertelnego wykazują przedziurawienie jedynego owrzodzenia jelitowego na tle duru brzusznego. Bardzo korzystnie zwykł dur brzuszny przebiegać u dzieci; inaczej rzecz się przedstawia u osób starszych (ponad 45. rokiem życia), otyłych, nałogowych pijaków, w przebiegu ciąży, organicznych wad sercowych i rozedmy płuc.

Zejście śmiertelne najczęściej następuje w drugim i trzecim tygodniu choroby wskutek porażenia serca; rzadziej w późniejszym okresie i podczas zdrowienia z powodu dołączających się powikłań, jak: pęknięcia owrzodziałej ściany jelita i następowego zapalenia posokowatego otrzewnej, zapalenia płuc, zatoru płuc, zatoru mózgowego, wybroczyny mózgowej i odleżyn zgorzelinowych.

Kliniczne objawy, które w zwykłych warunkach uprawniają do groźnego oceniania przypadku chorobowego, są te, które wogóle zapowiadają ciężkie zakażenie, a mianowicie: a) Ciężkie przypady mózgowe w miarę dłuższego trwania. Liebermeister podaje 70% śmierci u chorych, dotkniętych śpiączką (coma) w przebiegu duru brzusznego. b) Nagłe osłabienie czynności serca i obniżenie się parcia krwi. c) Długotrwała gorączka ponad 40° C. (febris continua protracta), zwłaszcza, jeśli krzywe ciepłoty i tętna się krzyżują. Opadnięcie ciepłoty poniżej poziomu prawidłowego wskazuje na zapad. d) Uporczywa znaczna bębnica (meteorismus), która upośledza czynność serca i usposabia do pęknięcia owrzodziałą ścianę jelita. e) Zapalenie otrzewnej. Mniej niekorzystne co do rokowania są krwotoki jelitowe, wśród których zejście śmiertelne następuje w 20—30% przypadków.

Wogóle przy rokowaniu w durze brzusznym należy uwzględnić całokształt objawów klinicznych, a mianowicie ciepłotę ciała, tętno, objawy mózgowe i zmiany w poszczególnych narządach. Ale i naówczas częstokroć brak pewnej wytycznej w rokowaniu: wydarza się bowiem, iż przebieg o bardzo ciężkiem nasileniu jest w zakończeniu korzystny, a mniej groźny i na razie nie budzący obawy kończy się niepomyślnie.

Bardzo znamienne zmiany wykazuje badanie krwi w przebiegu duru brzusznego. Zrazu zmniejsza się ilość krwinek białych i wytwarza się hypoleukocytoza lub leukopenia. Eichorst w jednym przypadku stwierdził w pierwszym tygodniu choroby w 1 mm krwi 2300 leukocytów. Zmniejszanie się ilości krwinek białych dotyczy głównie ciałek neutrofilnych wielojądrzastych i eozynofilnych, a mniej limfocytów. Z ustąpieniem gorączki przybierają na ilości limfocyty i krwinki eozynofilne, a zmniejsza się bardziej jeszcze ilość krwinek białych neutrofilnych. W okresie ozdrowienia wytwarza się wybitna limfocytoza i eozynofilia, natomiast krwinki neutrofilne wielojądrzaste dochodzą do prawidłowej ilości. Jeśli w przebiegu duru brzusznego wbrew regule stwierdza się we krwi nadmierną ilość krwinek białych (hyperleucocytosis), wskazuje to na powikłanie ze sprawami zapalnemi w narządach wewnętrznych; hyperleukocytozy nie bywa, według spostrzeżeń Thayera, naówczas tylko u osobników bardzo wynędzniałych.

To też bardzo cennym wskaźnikiem dla rokowania jest odsetek poszczególnych postaci krwinek białych we krwi chorych na dur brzuszny. Zły zwiastun stanowią bardzo nizkie cyfry krwinek białych wogóle, a szczególnie limfocytów, tudzież brak leukocytozy w przebiegu powikłań. Korzystnym objawem jest pojawienie się już skąpych krwinek eozynowych na szczycie gorączki, gdyż okoliczność ta zapowiada spadek gorączki. Toż samo względnie wysoki odsetek ciałek neutrofilnych w przypadkach, gdzie brak powikłań, również jest pomyślną zapowiedzią. Zwiększenie się ilości limfocytów przemawia za skłonnością do opadnięcia gorączki (Naegeli). Natomiast, według Josuego, nieznaczne tylko zmniejszenie się ilości białych krwinek i obecność krwinek eozynowych we krwi w czasie gorączki są objawami niekorzystnymi w rokowaniu.

Nie ulega wątpliwości, iż uwzględnienie obrazu hematologicznego w durze brzusznym, jak to sami niejednokrotnie mogliśmy stwierdzić, może się przyczynić do należytego ocenienia przypadku chorobowego. Badanie jednak krwi wymaga dużo czasu, wprawy i wielkiej dokładności, a tem samem wobec licznego materyału szpitalnego jest nieraz wprost niewykonalne.

Odczyn dwuazowy Ehrlicha, według naszego doświadczenia, nie występuje stale w przebiegu duru brzusznego i nie może być zaliczony do objawów, wskazujących na jakość przebiegu choroby.

W roku 1906 ogłosił Dr Blassberg, ówczesny sekundaryusz na moim oddziale, w »Przeglądzie lekarskim« Nr 18, przypadek duru brzusznego u 38-letniego mężczyzny, zakończony śmiercią w IV okresie choroby, w którym odczyn Gruber-Widala za życia wypadł ujemnie. Protokół oględzin pośmiertnych pokrótce opiewał: Ileo- et colotyphus in stadio detersionis ulcerum. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Fragmentatio myocardii. Pneumonia lobularis lobi inferioris pulmonis u-

triusque. Hypoplasia cordis et vasorum. Wówczas wyłoniło się zapatrywanie, ażali brak odczynu Gruber-Widala za życia przy rozwiniętym całokształcie klinicznych objawów duru brzusznego nie jest poważnym objawem, wskazującym na niepomyślny przebieg choroby.

W ciągu ostatniego dziesięciolecia na ogólną ilość 475 przypadków duru brzusznego, spostrzeganych na oddziale, mogłem stwierdzić to zapatrywanie 6 razy. Przypadki te pokrótce przedstawiają się następująco:

1) K. P., l. 19, palacz kolejowy, zamieszkały w Woli duchackiej (pow. Podgórze), ma być chory od tygodnia i doznawać dreszczów, bólu głowy, gorączki i bardzo znacznego ogólnego osłabienia. Przywieziony do szpitala 9. XI. 1916. Badanie wykazuje: Budowa i odżywienie dobre. Skóra sucha; na klatce piersiowej i brzuchu obfita osutka plamista, a skąpa guzkowa. Ciepłota ciała pod wieczór 39·6° C. Gruczoły chłonne prawidłowe. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Granice płuc prawidłowe, ruchome. Odgłos opukowy na klatce piersiowej wszędzie jawny; szmery oddechowe zaostrzone, pokryte skąpymi świstami i furczeniami; liczba oddechów 26 na minutę. Serce nieco powiększone na poprzek; tony serca czyste; tętno 92, równe, regularne, dość dobrze napięte. Język wilgotny, obłożony. Brzuch prawidłowo wysklepiony, przy ucisku tkliwy; nad kątnicą kruczenie. Wątroba prawidłowa; śledziona duża, twarda. W moczu ślad białka; chlorki lżejsze. Chory odurzony i znacznie osłabiony.

Chory pozostawał 6 dni w szpitalu i zmarł 16. XI. 1916. Przez cały czas był nieprzytomny i zanieczyszczał się. Ciepłota ciała wahała się między 39°—40° C.; osutka na skórze utrzymywała się w tem samem nasileniu. Tętno przez cztery dni było wcale dobre, nieco miększe, regularne, wynosiło od 100—112 na minutę; dopiero w ostatnich dwóch dniach nagle stało się prawie niewyczuwalnem. Z tyłu na klatce piersiowej, po stronie lewej od połowy łopatki ku podstawie, odgłos opukowy przytłumionobębenkowy; tamże szmery oddechowe silnie zaostrzone i pokryte dość licznemi rzężeniami; zresztą stan płuc niezmieniony. Odczyn Fickera, wykonany na trzy dni przed zejściem śmiertelnem, wypadł zupełnie ujemnie. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Typhus abdominalis. Hypostasis pulmonum praecipue sin.

Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., wykazały: Typhus abdominalis. Pneumonia lobi inferioris sin.

W jelicie biodrowem liczne grudki limfatyczne wielkości ziarna grochu, soczyste, różowe. Toż samo kępy Peyera w okresie nacieku rdzeniastego. Gruczoły krezkowe wielkości orzecha laskowego, miękkie, soczyste.

2) M. Z., córka rolnika z Giebułtowa (pow. Kraków), licząca lat 18. Choroba ma trwać od 16 dni; rozpoczęła się dreszczami, do których dołączyły się bóle głowy, rozwolnienie i ogólne osłabienie. Badanie w dniu 1. XI. 1916 r. wykazało: Budowa silna, odżywienie dobre. Skóra różowa (turgor faciei); na brzuchu i klatce piersiowej dość obfita osutka guzkowa. Gruczoły chłonne bez zmian. Klatka piersiowa prawidłowa. Z przodu granica dolna płuca prawego sięga w linii sutkowej do 6. żebra, a lewego do 4. żebra; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej do dolnego brzegu 10. żebra; ruchoma. Odgłos opukowy z przodu na klatce piersiowej wszędzie jawny, tamże szmery oddechowe zaostrzone, pokryte skąpymi świstami i gwizdami. Z tyłu po obu stronach od dolnego kąta łopatki do dolnej granicy odgłos przytłumionobębenkowy, szmery oddechowe zaostrzone i pokryte dość licznemi rzężeniami; zresztą odgłos wszędzie jawny, a szmery oddechowe zaostrzone i pokryte skąpymi świstami. Liczba oddechów 32 na minutę. Serce na poprzek nieznacznie powiększone; tony serca głuche. Tętno 102 na minutę, regularne, dość dobrze napięte. Język wilgotny, lekko obłożony. Brzuch wzdęty; na skórze brzucha dość obfita osutka guzkowa, jeden stolec na dobę o wejrzeniu grochowianki. Wątroba bez zmian. Śledziona (opukiwanie) powiększona. Mocz wysycony, oddziałuje kwaśno, zawiera białko w miernej ilości; pod drobnowidem w osadzie widoczne wałeczki szkliste, skąpe ziarniste i dość liczne krwinki białe. Chora odurzona, uskarża się na silny ból głowy; bezsenność; ogólne znaczne osłabienie.

Chora pozostawała w szpitalu od 2. XI. do 7. XI. 1916 i zmarła; przez cały czas była odurzona, skarżyła się na bóle głowy, gorączkowała od 39°—40° C. W płucach stan taki sam się utrzymywał; liczba oddechów wahała się od 30—44 na minutę. Tętno wahało się od 102—108 na minutę i dopiero na 24 godzin przed zejściem śmiertelnem wynosiło 150 uderzeń na minutę; zawsze było bardzo miękkie. Rozwolnienie nieznaczne przez cały czas choroby, a stolec o wejrzeniu zupy grochowej. Odczyn Fickera, dwukrotnie wykonany, zupełnie ujemny. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Typhus abdominalis. Hypostasis pulmonum praecipue pulmonis sinistri. Nephritis acuta.

Wynik oględzin pośmiertnych, dokonanych w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., pokrótce opiewa: Ileo- et colotyphus in stadio infiltrationis et incipientis exulcerationis. Tumor lienis acutus. Pneumonia hypostatica bilateralis incipiens. Nephritis ac. Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis.

W obrębie grudek jelitowych i kęp Peyera zarówno w jelicie biodrowem, jak i w kątnicy i okrężnicy wstępującej nacieki rdzeniaste. Wśród obrzękłych kęp Peyera gdzieniegdzie płytkie owrzodzenia nieregularne, pokryte żółtawym strupem. Gruczoły krezkowe powiększone, rdzeniaste.

3) K. W., służąca z Krakowa, licząca lat 22. Według wywiadów choroba od 2 tygodni ma objawiać się dreszczami, silnymi bólami głowy i gorączką. Dwoje rodzeństwa w domu chore na tyfus brzuszny. Badanie w dniu 8. XI. 1916 wykazało: Budowa i odżywienie dobre. Skóra sucha, gorąca, różowa. Ciepłota ciała pod wieczór 40° C. Gruczoły chłonne prawidłowe. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Granice płuc prawidłowe, ruchome. Odgłos opukowy wszędzie na klatce piersiowej jawny; szmery oddechowe zaostrzone, pokryte skąpymi świstami; liczba oddechów 28 na minutę. Wymiary serca prawidłowe; tony czyste; tętno 110, regularne, równe, słabiej napięte. Język obłożony, podsychający; na wargach przyschła wydzielina (fuligo). Brzuch miernie wzdęty. Skóra na brzuchu okazuje bardzo skąpe guzki. Okolica jelita ślepego przy ucisku tkliwa; tamże kruczenie; 6—7 stolców na dobę o wejrzeniu grochowianki. Wątroba nie powiększona. Śledziona macalna, miękka, za dotykiem bolesna. W moczu wybitny ślad białka. Chora odurzona i osłabiona.

Chora leżała w szpitalu przez 11 dni. Przez cały czas była nieprzytomna, silnie odurzona i gorączkowała stale od 40°—40·5° C. Liczba uderzeń tętna wynosiła od 72—100 na minutę; tętno było równe i dość dobrze napięte, aż dopiero na dwa dni przed zejściem śmiertelnem liczba tętna podskoczyła do 140, przyczem tętno nagle stało się bardzo miękkie. Liczba oddechów wynosiła od 28—30 na minutę; w płucach jedynie tylko objawy nieżytu oskrzelowego. Śledziona miernie powiększona i przy dotykaniu bolesna. Na skórze brzucha nieznaczna osutka guzkowa. Ilość stolców o wejrzeniu grochowianki 6—7 na dobę. Odczyn Fickera na 2 dni przed zejściem śmiertelnem zupełnie ujemny. Dnia 19. XI. 1916 chora zmarła wśród ogólnego zapadu. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Typhus abdominalis. Oedema inflammatorium renum.

Protokół oględzin pośmiertnych, dokonanych w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., pokrótce: Ileotyphus (stadium necroticum). Nephritis acuta. W dolnym odcinku jelita biodrowego, kątnicy i części dolnej okrężnicy wstępującej nacieki rdzeniaste w obrębie kęp, jak i grudek limfatycznych, powierzchownie zastrupiałe. Otrzewna w obrębie nacieków rdzeniastych silnie nastrzykana. Gruczoły krezkowe wielkości orzecha laskowego, soczyste, różowe, zawierają dość liczne ogniska martwicze.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala garnizonowego Nr 15. w Krakowie.
(Komendant Dr Ludwik Dąbrowski, st. lekarz sztabowy).
(Oddział kiłowo-skórny).

Wartość rozpoznawcza odczynu skórnego Noguchiego w kile

podał

Dr K. Missona.

Stan nadwrażliwości skóry przy przewlekłych chorobach zakaźnych był przedmiotem badania wielu autorów już od czasu Kocha. Zwłaszcza w rozpoznawaniu gruźlicy allergia skóry odgrywa doniosłą rolę tak przy stosowaniu

metody tuberkulinowej Kocha, jak niemniej przy stosowaniu odczynu skórnego Pirqueta. Obaj ci badacze polecili te odczyny jako środek rozpoznawczy w przypadkach wątpliwych rozpoczynającej się gruźlicy, gdzie badanie bakteryologiczne i fizyczne najczęściej zawodziło.

Sprawą allergii skóry w innych sprawach zakaźnych, jak nosacizna, dur, zajmowali się, jako pierwsi, francuscy badacze Roux i Nocard, jakoteż Chantemesse, uzyskując za pomocą wyciągów bakteryjnych odczyny ogólne i lokalne.

W tym samym czasie zajmowała uczonych sprawa nadwrażliwości skóry u osób kiłowych. Do jej rozwiązania zmierzało wielu autorów, między innymi Neisser, Finger, Nicolas, Favre, Jadassohn i Nacano. Posługiwali się oni przy próbach wywołania swoistego odczynu skórnego u osób kiłowych wyciągami z wytworów chorobowych kiły drugorzędnej i trzeciorzędnej, jakoteż wyciągiem z wątroby płodów kiłowych. Jeden z pierwszych zajmował się odczynem skórnym przy kile Meireszkowski (Arch. f. Derm. u. Syph. 1909), wywołując dość często wyraźne odczyny skórne za pomocą zawiesiny glicerynowej z wątrób kiłowych. Ten sam autor, jakoteż i Tedeschi usiłowali na sposób odczynu Calmetta wywołać u kiłowych swoisty odczyn spojówkowy. Dopiero jednemu z późniejszych badaczy, t. j. Nacano (Archiv. f. Derm. u. Syph. 1913, C. XVI), powiodło się w dwóch przypadkach kiły trzeciorzędnej zapomocą przesączonego wyciągu wątroby kiłowej wywołać w skórze chorych na kiłę twory, podobne zupełnie do kilaków. Sądził on na tej podstawie, że późne wykwity kiły stoją w bardzo blizkiem pokrewieństwie z odczynem anafilaktycznym skóry. Również R. Müller i R. O. Stein (Wien. klin. Wochenschrift 1913 Nr 11 i 21), a w tym samym czasie Klausner (Wien. klin. Wochensch. 1913 Nr 2, 40) podali wyniki szczepienia wyciągiem wodnym z tkanek kiłowych lub z nadnerczy płodów kiłowych.

Mimo tu i ówdzie dodatnich wyników większość autorów była zdania, że dopiero zdobycie czystej hodowli krętka bladego może wyjaśnić sprawę allergii skóry i błon śluzowych w kile.

Z uzyskaniem czystej hodowli krętka bladego przez Noguchiego w r. 1910 i sporządzeniem przez tegoż tak zwanej »luetyny«, t. j. zawiesiny krętków, hodowanych na agarze z płynem puchlinnym, ogrzewanej następowo przez godzinę przy 60° C. (fenol 0·5%), poczęła się nowa serya badań, która dla rozpoznawania kiły, jak i stosunku kiły do porażenia postępującego może mieć wielkie znaczenie. Dokładniejsze dane co do hodowli krętka bladego i sporządzania luetyny zawarte są w pracach Noguchiego, podanych niżej.

Wkrótce po ukazaniu się pracy Noguchiego p. t. »Hautallergie bei Syphilis« etc. (Münchener med. Wochschr. Nr 45 1911) szereg autorów wystąpił z publikacyą doświadczeń, wykonanych zapomocą luetyny na materyale kiłowym. Pierwsi byli tu Nobl i Fluss (Wien. klin. Woch. 1912 Nr 13) i Kämmerer (Münch. m. Woch. 1912 Nr 28).

Prawie wszyscy autorowie oświadczają zgodnie, że odczyn skórny Noguchiego w kile pierwotnej bardzo rzadko daje dodatnie wyniki, natomiast w kile trzeciorzędnej prawie w 100% przypadków odczyn luetynowy wypada dodatnio. W porównaniu z odczynem Wassermanna w trzeciorzędnej kile odczyn skórny daje wyniki lepsze. W okresie drugorzędnej kiły odczyn Wassermanna góruje znacznie ilością dodatnich wyników nad odczynem luetynowym.

Ograniczam się tutaj tylko do podania wyników, otrzymanych przez Noguchiego na licznym materyale kiłowym, szczepionym luetyną. W kile pierwotnej miał Noguchi na osiem przypadków leczonej lub nieleczonej kiły w 7 przypadkach wynik ujemny. W przypadkach kiły świeżej przypadki leczone wykazały więcej wyników dodatnich, niż przypadki nieleczone. Na 30 przypadków leczonych salwarsanem był w 22 przypadkach odczyn skórny dodatni. Z 27 kiłowych w okresie trzecim wykazały wszystkie przypadki odczyn luetynowy dodatni. Z 72 przypadków porażenia postępującego był w 45 wynik dodatni, a w 27 wynik ujemny. Z 5 przypadków wiądu rdzenia był w 3 wynik dodatni, a w 2 wynik ujemny.

Przedsiębrane dotychczas badania kontrolne odczynu luetynowego są nieliczne, gdyż odkrywca nie oddał luetyny do publicznego użytku. Nieliczne kliniki i szpitale dostały ją wprost od Noguchiego. Do nich należał oddział chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie. Na materyale tego szpitala, jakoteż i w oddziale kiłowym szpitala garnizonowego w Krakowie, wykonałem szereg doświadczeń z luetyną na licznym, różnorodnym materyale kiłowym. Przy tych próbach trzymałem się ściśle przepisu Noguchiego, podanego w pracy tego autora p. t. »Hautallergie bei Syphilis« (Münchener med. Wochenschr. 1911, Nr 45).

Brałem dla dorosłych 0·07 cm sz., zaś dla dzieci 0·05 cm sz. luetyny. Te ilości luetyny rozcieńczałem za pomocą wyjałowionego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do łącznej ilości 0·1. W ten sposób przygotowaną luetynę (w ilości 0·1) wstrzykiwałem w przypadkach kiłowych, jakoteż w kontrolnych, wśródskórnie (intracutan) w górnej części ramienia po poprzedniem dokładnem oczyszczeniu skóry eterem i alkoholem. Idąc za radą Noguchiego, zaniechałem wstrzykiwania płynu kontrolnego (składającego się z pożywki, na której hodujemy krętki, karbolizowanej i następowo rozcieńczonej).

Zaszczepione w ten sposób osoby zdrowe oddziaływały na wstrzyknięcie luetyny wystąpieniem w miejscu ukłucia małego bąbla, którego otoczenie po upływie doby przybiera barwę lekko różową; w 12 godzin później bąbel ten przybiera barwę sinawą, zwiększa się niekiedy cokolwiek, zaś w 3—4 dniu po wstrzyknięciu zabarwienie to, jakoteż i naciek znika, a w miejscu ukłucia pozostaje twardy guzek, wielkości soczewicy.

Inaczej przedstawia się sprawa u kiłowych. Po dobie lub dwu dobach wytwarza się tu guzek rozmaitej wielkości, wysterczający ponad skórę sąsiednią, żywoczerwony, z obwódką o podobnem zabarwieniu. Wielkość tych guzków wynosi 5—10 mm. Często już w drugim dniu tworzy się dookoła guzka wał widocznie obrzękły; granice między guzkiem, a otoczeniem najbliższem są wyraźnie zarysowane. Niekiedy odczyn poczyna już w czwartym dniu gasnąć, to jest zaczerwienienie znika, guzek zmniejsza się; niekiedy znów powstaje jeszcze silniejszy odczyn, guzek rośnie wyraźnie ponad otoczenie, rąbek zapalny około niego przybiera szersze rozmiary (2—3 mm). Stan ten trwa łącznie 4 lub 5 dni. Największe nasilenie odczynu przypadało wtedy według naszych spostrzeżeń na 6—7 dni po wstrzyknięciu. W większości atoli przypadków w 4. lub 5. dniu po szczepieniu guzek przechodził w krostę (pustula), a po wydaleniu się jej treści następowało szybkie wessanie.

Według czasu powstawania tego odczynu, wielkości guzków i czasu, w którym cofają się te zmiany, możemy rozróżnić dwa rodzaje nasilenia odczynu skórnego:

1) Słaby odczyn w postaci guzka wielkości 4—6 mm z małym rąbkiem zapalnym lub też tylko słabo zaznaczonym rąbkiem. Guzek dochodzi dość często do wielkości małego grochu z odczynem zapalnym w najbliższem otoczeniu.

2) Silny odczyn w postaci guzka, wyraźnie nad powierzchnię skóry wysterczającego, odcinającego się ostro od szerokiego 3—4 mm rąbka zapalnego. Niekiedy guzek taki wzrasta wyraźnie z dnia na dzień, dochodząc do wielkości bobu i dopiero w 7. lub 8. dniu od powstania rozpoczyna się cofanie się nacieku, rzadko przebicie z wylaniem się treści z rozmiękłego guzka.

Liczba szczepionych przypadków kiły wynosiła 158; przypadków kontrolnych, t. j. takich, gdzie badanie kliniczne i serologiczne kiły nie wykazało, było 20. W tych 20 kontrolnych przypadkach postępowałem przy szczepieniu luetyną podobnie, jak u kiłowych.

Wyniki naszych doświadczeń z odczynem luetynowym przedstawiają się następująco:

Rodzaj choroby	Liczba przypadków	Wynik dodatni	Wynik ujemny
Lues congenita	15	14	1
Lues I.	18	4	13
Lues II.	40	18	22
Lues III.	63	61	2
Lues latens	23	14	9
Razem	158		
Kontrolne przypadki	20	—	20

W kile wrodzonej wynik odczynu luetynowego pokrywał się całkowicie z wynikiem odczynu Wassermanna, który przeprowadzaliśmy we wszystkich przypadkach badanych sposobem Noguchiego. W kile pierwotnej i drugorzędnej w stosunku do odczynu Wassermanna odczyn luetynowy dał nizki odsetek wyników dodatnich. Na 23 przypadków kiły utajonej, badanych luetyną, otrzymaliśmy wynik dodatni w 14, zaś ujemny w 9, za pomocą odczynu Wassermanna wynik dodatni w 17, ujemny w 6.

Najważniejszą grupę dla odczynu luetynowego obok kiły wrodzonej stanowiła kiła trzeciorzędna, tak leczona, jakoteż nie leczona. Na 63 przypadków kiły trzeciorzędnej odczyn luetynowy dał w 61 wynik dodatni, w 2 zaś ujemny, odczyn zaś Wassermanna w 52 dodatni, a w 11 ujemny.

Na podstawie zebranego materyału kiłowego z jednej strony, a z drugiej strony kontroli przypadków niekiłowych, musimy dojść do przekonania, że u chorych, którzy czas dłuższy ulegali działaniu krętka bladego, jakoteż jego produktów, powstaje w rozmaitych okresach kiły swoisty odczyn skórny.

Odczyn ten, jak wykazuje doświadczenie, zależy ściśle od okresu kiły, przyczem bardzo ważną rolę gra ilość i jakość terapii. W kile wczesnej, czyto leczonej, czy nie leczonej, odczyn tem ma wobec odczynu Wassermanna tylko drugorzędne znaczenie. Wartość odczynu skórnego rośnie dopiero w późnych okresach kiły (nawet systematycznie leczonej). Gdy odczyn Wassermanna na czas dłuższy lub na zawsze znika, zjawia się wówczas odczyn skórny, który w okresie kiły późnej (trzeciorzędnej, utajonej, wrodzonej) wskazuje, że ustrój znajduje się jeszcze pod działaniem krętków.

Nietylko w rozpoznawaniu różnych okresów kiły powinien odczyn ten być dalej badany, lecz także w rozpoznawaniu różniczkowem późnej kiły (przy braku dodatniego odczynu Wassermanna) powinien znaleść zastosowanie.

Również w rokowaniu kiły leczonej znajdzie odczyn skórny zapewne zastosowanie w miarę dalszych prób w tym kierunku. U osób kiłowych, leczonych czas długi, gdzie objawów klinicznych nie stwierdzamy, a próby serologiczne dają wynik ujemny, ujemny wynik odczynu skórnego będzie może oznaczać zupełne wyleczenie kiły.

Ze sprawą wyleczonej kiły wiąże się sprawa t. zw. przestrojenia tkanki (Umstimmung des Gewebes) i t. zw. odwrócenie ujemnego odczynu Wassermanna po zastosowaniu odczynu skórnego Noguchiego. Zjawisko to spostrzegał Noguchi w 9 przypadkach na 177 kiłowych; również Müller i Stein podali zjawisko odwrócenia odczynu Wassermanna (Wien. klin. Wochenschrift Nr 21, 1911).

Wśród 158 przypadków kiłowych tylko w 2 przypadkach stwierdziliśmy wpływ częstszego (2—3) szczepienia luetyny na odczyn Wassermanna. Oba przypadki dotyczyły kiły trzeciorzędnej. W pierwszym przypadku po dwukrotnem zastosowaniu luetyny (odczyn skórny w obu przypadkach dodatni) nastąpiło odwrócenie przedtem stale ujemnego odczynu Wassermanna, w drugim zaś przypadku chodziło tylko o nasilenie bardzo słabego odczynu Wassermanna do zupełnego zahamowania. Odczyn skórny zastosowano w obu przypadkach w odstępach tygodniowych. Wpływ na odczyn Wassermanna wystąpił w obu przypadkach w trzecim tygodniu po zastosowaniu luetyny.

Zjawisko odwrócenia odczynu Wassermanna po zastosowaniu odczynu luetynowego tłómaczono tem, że powstałe po wstrzyknięciu ognisko samo wytwarza dodatni odczyn Wassermanna, lub też, jak inni przypuszczają, pobudza jakieś ukryte ogniska kiłowe do wytworzenia odczynu.

Piśmiennictwo. 1) Noguchi: Münch. m. W. 1911. Nr 5, 45. — 2) Nobel i Fluss: Wien. klin. W. 1912. Nr 13. — 3) Müller i Stein: Ibidem. 1913. Nr 11 i 21. — 4) Noguchi: Münch. m. W. 1913. Nr 14. — 5) Noguchi: Presse med. 1913. Nr 76.— 6) Kaliski: Med. Journ. New-York 1911. v. 98. — 7) Klausner: Wien. kl. W. 1913. Nr 2, 24, 46. — 8) Löwenstein: Med. Klin. 1913. Nr 11. — 9) Tomaszewski-Ferstner: Deut. m. W. 1913. Nr 26. — 10) Heumann-Beermann: Münch. m. W. 1913. Nr 28.— 11) Nakano: Archiv f. Syphilis. 1913. Nr 116. — 12) S. Benedek: Münch. m. W. 1913. Nr 36. — 13) Herold Boas i Ch. Dittersen: Hospitalstidende. 1913. Nr 35 i 36. — 14) Wolfsohn. Journ. Amer. med. Ass. Chicago. 1913. Nr 24. — 15) Fuzuki: Berl. klin. W. 1914. Nr 10.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr J. Schäffer: **Albert Neisser.** Wieden 1917. (Urban i Schwarzenberg).

Długoletni asystent prof. Neissera, później profesor dermatologii we Wrocławiu, pisze gorące wspomnienie pośmiertne o swym ukochanym kierowniku i towarzyszu pracy. Autor podnosi przedewszystkiem ogólno-lekarskie wykształcenie Neissera, zdobyte na uniwersytecie we Wrocławiu, gdzie w tym czasie przodowało duże grono wybitnych uczonych. Już w r. 1877 jako 22-letni młodzieniec zostaje Neisser asystentem kliniki dermatologicznej we Wrocławiu, w której w pięć lat później po śmierci prof. Simona pozostaje dyrektorem aż do śmierci. Od czasu wstąpienia do kliniki rozpoczyna się jego praca naukowa, która wydała w ciągu lat wyjątkowo bujne i rozliczne owoce. Jako kierownik kliniki wychował Neisser całe szeregi badaczy, którzy dziś po różnych uniwersytetach niemieckich idą jego śladami. Do wzorowo prowadzonej kliniki zjeżdżali się z różnych stron świata lekarze, aby, pewni dobrego przyjęcia i opieki ze strony znakomitego uczonego, pracować w obranym zawodzie pod jego kierunkiem. Dla oceny pracy naukowej Neissera nie wystarcza krótka broszura; niema bowiem dziedziny w zakresie chorób skórnych i wenerycznych, w której nie wyróżniałoby się jego nazwisko. Nie było ważniejszej idei w nauce, do którejby nie zapalił się jego umysł, zawsze żywy i bystry, choćby wspomnieć zorganizowaną wyprawę do Batawii celem badania kiły na małpach, udział Neissera w wypracowaniu odczynu serologicznego kiły, prace o leczeniu salwarsanem, gruźlicy, chorób wenerycznych. Każdą jego pracę cechowały zapał, ścisłość, krytycyzm, wielkie doświadczenie i logiczność wywodów. Osobiste cechy charakteru, prostota w obejściu, jednały Neisserowi licznych przyjaciół; wykładami swymi czy w klinice, czy na zjazdach porywał słuchaczów, — roztaczał pewien urok swej silnej osobowości, jak się wyraża Schäffer. Imię tego niepospolitego człowieka pozostanie niewątpliwie trwale w nauce.

Krzyształowicz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1915/16, XLII działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

VI. Posiedzenie zwyczajne d. 4. marca 1916.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 8 członków.

1. S. Dobrucki omówił przypadek **ciąży zewnątrzmacicznej**, w którym pęknięcie nastąpiło podczas badania gineko-

logicznego. D. zwraca uwagę na ostrożność, z jaką trzeba dokonywać podobnych badań w przypadkach podejrzanych.

2. Uchwalono, aby zebrani — w osobach P. Borsukiewicza, C. Czerwińskiego, S. Dobruckiego, B. Dziemskiego, M. Garbaczewskiego, W. Jasińskiego, A. Jaworowskiego i W. Tołwińskiego — utworzyli komitet redakcyjny Pamiętnika Zjazdu; W. Tołwińskiego uproszono o zajęcie się techniczną stroną wydawnictwa.

VII. Posiedzenie nadzwyczajne d. 17. marca 1916.

Przewodniczący Cz. Czerwiński, sekretarz W. Jasiński; obecnych członków 13.

1. Cz. Czerwiński oznajmia, że posiedzenie poświęcone jest omówieniu sposobów **walki z chorobami zakaźnemi w mieście Lublinie** i okolicy i streszcza najpilniejsze postulaty i wskazania w tej sprawie. Zwracając uwagę na szereg zarządzeń sanitarnych, które dotąd były zaniedbane lub wręcz pominięte, nawołuje mówca do samopomocy społeczeństwa i wskazuje, że Towarzystwo lekarskie ma obowiązek uświadomić ogół co do rozmiarów niebezpieczeństwa i sposobów walki, dotychczasowy zaś brak środków dałby się usunąć drogą dobrowolnego opodatkowania ludności zamożniejszej w okolicach zagrożonych. Mówca proponuje wydanie odezwy do ludności, porozumienie z komitetami ratunkowymi oraz stworzenie komisyi do opracowania szczegółów walki.

Po ożywionych rozprawach przyjęto wnioski Cz. Czerwińskiego i uchwalono: 1) Opracowanie odezwy do ludności oraz memoryału do władz miejskich powierzyć Zarządowi. 1) Utworzyć dwie komisye: jedna ma się zająć opracowaniem planu walki z epidemią na prowincyi, a w szczególności ma udzielać komitetom prowincyonalnym odpowiednich informacyi i wskazówek oraz ułatwiać skompletowanie personalu pomocniczego (felczerów, położnych, sanitaryuszy, pielęgniarek i t. p.); do komisyi tej weszli: Borsukiewicz, Cynberg i Dziemski. Druga zaś komisya uwzględni przedewszystkiem walkę z epidemią w mieście, obmyślając sposoby doprowadzenia do czystości wielu zaniedbanych domów i mieszkań w dzielnicach zagrożonych (sposoby oczyszczania podwórz, klatek schodowych, mieszkań, oraz t. zw. »odwszawiania« (desinsectio). Do komisyi tej weszli: Jarnuszkiewicz, Prussak, Stano i medyk Biernacki.

VIII. Posiedzenie zwyczajne d. 4. kwietnia 1916.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 15 członków.

1. Przeznaczono na Kasę wdów i sierot po lekarzach 248 koron, zebranych zamiast wieńców na trumnę zmarłych członków Towarzystwa ś. p. K. Rotkela i ś. p. I. Jaroszyńskiego.

2. W. Jasiński przedstawił:

a) 11-miesięczne dziecko, dotknięte **mongołowatością** (mongolismus). Przestrzeń międzyoczna szeroka, zez, zmarszczka nakątna (epicanthus), nos mały, szeroki u podstawy, uszy małe; język wystający, gruby, podniebienie rynienkowate; bardzo wybitna wiotkość stawów, niewielka przepuklina pępkowa; tony serca czyste. Rozwój umysłowy znacznie upośledzony; bardzo wybitnie występuje charakterystyczny dla mongolików sposób oddychania, przypominający dźwięki, wydawane przez świnie (»charczenie«); ten objaw właśnie skłonił matkę do zwrócenia się o poradę lekarską.

b) 10-letnią dziewczynkę z objawami **niedostatecznego wydzielania gruczołu tarczowego (hypothyreosis)**. Małka O., l. 10, sierota; brak danych co do dziedziczności i wywiadów szczegółowych; przyjęta do szpitala dla dzieci w styczniu r. b. z powodu obrzęków i podejrzenia co do przewlekłego zapalenia nerek. W wejrzeniu zewnętrznem dziecka i jego budowie zwracają uwagę: rysy twarzy grube, wyraz stary; czoło nizkie, zarośnięte, nos płaski, mały; oczy nieco skośne, usta szerokie; skóra sucha, szorstka, łuszczy się i pęka. Budowa dobra przy małym wzroście: długość ciała 95·5 (zamiast 130 cm), obwód klatki piersiowej 59½, czaszki 49·2; kończyny górne 34·5, dolne 55; stopy i dłonie wybitnie krótkie a szerokie, grube, krótkie palce. Brzuch duży, ślad przepukliny pępkowej. Język dość gruby, »posiekany«. Uporczywe zaparcie stolca. W moczu białka ani wałeczków nie wykryto. Brak zaburzeń inteligencyi: dziecko, początkowo nieco apatyczne, ożywiło się w szpitalu, dość szybko zwiększa zapas wyrazów polskich, wylicza dni w tygodniu; wie, dlaczego umieszczono ją na stałe w ochronie i t. p. Leczona tyreoidyną od 3 tygodni (od 0·12 do 0·2 p. die).

3. Cz. Czerwiński przedstawił preparat **mięśniakomięsaka macicy** (myosarcomatosis), uzyskany drogą cięcia brzusznego.

4. Dr J. Celarek (gość) odczytał pracę p. t. **Badania nad etyologią duru plamistego.** Prelegent przytoczył pokrótce, jakie drobnoustroje podawane były w różnym czasie i przez różnych badaczy za przyczynę duru plamistego, a więc twory, opisane przez Moreau (1888), Hlavę (1889), Lewaszewa (1892), wiciowce Calmettea i z nowszych dwuprątki (diplobacillus) Fürtha (1912) i Müllera oraz prątki Petruschkyego (1915) i laseczniki Plotza (1915). Dłużej omówił C. dawniejszy, a prawdopodobny pogląd Weila, że przyczyną duru plamistego jest odmieniec (proteus vulgaris), który, przechodząc przez ustrój wszy ubraniowych, nabiera szczególnej jadowitości. Pogląd ten oparty jest na spostrzeżeniu, że surowica chorych na dur osutkowy aglutynuje bardzo wysoko (1:800) prątka odmieńca. Najdłużej zatrzymał się prelegent na opisanych w r. 1913 przez Provazkę i Heglera tworach ziarenkowatych, znajdowanych w ciałkach białych krwi chorych na dur osutkowy; C. przedstawił te twory na tablicach, sporządzonych według własnych preparatów z krwi chorych w szpitalu Jana Bożego w Lublinie.

W dyskusyi: a) Polak (z Warszawy) zapytuje o badania prof. Otto, który miał podobno przedstawiać niedawno na Zjeździe w Berlinie wykryte drobnoustroje duru wysypkowego. — b) B. Dziemski zapytuje, czy zdaniem prelegenta droga przenoszenia duru przez wszy ubraniowe jest wyłączną i jedyną, czy nie zdarza się zakażenie przez drogi oddechowe. — c) Prelegent w odpowiedzi oświadczył, że o badaniach Otto nic pewnego nie wie, co do przenoszenia zarazy wszy ubraniowe są według wszelkiego prawdopodobieństwa jedynym pośrednikiem. — d) Polak dodał, że lekarze wojskowi armii niemieckiej oświadczają się co do tego kategorycznie twierdząco.

5. Dr J. Polak, inspektor sanitarny Warszawy, obecny jako gość na posiedzeniu Towarzystwa, na prośby zebranych przedstawił w krótkości **zarządzenia sanitarne w stolicy**. Komitet sanitarny istniał początkowo jako sekcya przy Stowarzyszeniu lekarzy, następnie przy Komitecie obywatelskim; był on przez dawny zarząd wojskowy obficie wyposażony: przeznaczono na zarządzenia sanitarne 2 miliony rubli na miasto i 4 miliony na gubernię warszawską; z tego przed opuszczeniem Warszawy wydano około 600 tysięcy. Utworzono 20 okręgów sanitarnych, każdy pod zarządem 2 lekarzy, stworzono opieki obywatelskie, utworzono komisye (popularyzacyjną, sanitarno-lekarską, dla bezdomnych), wykształcono szereg sanitaryuszy i pielęgniarek. Organizacya ta w sierpniu 1915 znalazła się w kłopotach finansowych — mimo to rozwija się dalej. Instytucye sanitarne: Sekcya zdrowia publicznego przy Radzie miejskiej oraz Urząd zdrowia (fizykat) z 10 członków z inspektorem sanitarnym na czele mają dość duże atrybucye, sporządzają protokoły i nakładają kary za zaniedbanie przepisów sanitarnych; jest już opracowany i wkrótce wejdzie w życie szczegółowy regulamin dla milicyi. Z urządzeń sanitarnych wymienił prelegent: domy izolacyjne — centralny w mieście i 4 na przedmieściach, piece do odwszawiania oraz zakłady kąpielowe, prowadzone kosztem miasta w razie opuszczenia ich przez właścicieli prywatnych; wprowadzono też nakaz przymusowego szczepienia ospy.

W dyskusyi zapytywano o szczegóły, dotyczące odnośnych zarządzeń (Kiełczewski, Jasiński, Cynberg) i o odsetkę śmiertelności z powodu duru plamistego w Warszawie. Jak wyjaśnił prelegent, waha się ona od 3 do 5%.

6. Cz. Czerwiński, zdając sprawę z rozpoczętej przez Towarzystwo akcyi w **walce z epidemią duru plamistego w Lublinie** i okolicy, zawiadamia, że odezwa do ludności jest już w druku, memoryał do Rady miejskiej już przesłano, prace komisyi jeszcze nie zostały ukończone. Towarzystwo lekarskie przedstawiło, jako kandydata na kierownika komisyi sanitarnej w Lublinie, Dr Wł. Tołwińskiego.

Higiena społeczna.

Krajowa Komisya zwalczania gruźlicy.

Utworzona przez Wydział krajowy Krajowa Komisya zwalczania gruźlicy odbyła I. posiedzenie d. 31. III. 1917 w Krakowie (w Domu Towarzystwa lekarskiego) pod przewodnictwem Dr S. Bernadzikowskiego, szefa Depart. sanit. Wydziału kraj. Obecni byli: protomedyk radca Dr Lachowicz, krajowy inspektor sanitarny Dr Kuhn, Paweł ks. Sapieha, prof. Dr Ziembicki i prof. Dr Panek z Krajowego Czerwonego Krzyża, A. hr. Wodzicki,

prof. Dr Kostanecki, Doc. Dr Janiszewski, prof. Dr Wiczkowski, Dr Selzer z Towarzystwa walki z gruźlicą, r. dw. Brückner, Dr W. Momidłowski z Kraj. Komisyi opieki nad inwalidami, r. dw. prof. Dr Gluziński i prof. Dr Latkowski z Wydziałów lekarskich uniw., K. Osiowski, dyrektor Kasy chorych w Drohobyczu, Dr Müller, inspektor szpitali kraj., inżynier Wydziału kraj. Kamienobrodzki, sekretarz Wydziału kraj. Ostrowski-Bełza.

Na porządku dziennym były referaty w sprawie ogólnej akcyi przeciwgruźliczej w kraju i urządzenia opiek przeciwgruźliczych (doc. Dr Janiszewski), w sprawie planów szpitali gruźliczych i wyboru miejscowości na nie (Wydział krajowy), podania o subwencye rządowe, wnioski lwowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą w sprawie deputacyi do Wiednia i tworzenia kół prowincyonalnych, oraz sprawa zwiększenia liczby członków Komisyi krajowej.

Komisya uchwaliła według wniosków referenta, doc. Dr Janiszewskiego, jako zasady ogólnej akcyi przeciwgruźliczej: a) Opieka i leczenie sanatoryalne dla lekko chorych. b) Nieuleczalni, a zdolni do pracy, powinni być pomieszczeni w schroniskach z warsztatami, pracowniami i t. p. c) Nieuleczalni z otwartą gruźlicą, do pracy niezdolni, znajdą pomieszczenie w oddziałach przy szpitalach powszechnych. Segregacya chorych odbywa się w dyspensatoryach. W działalności profilaktycznej doniosła jest ochrona dziecka. Dalej uchwaliła Komisya wniosek tegoż referenta o przetłómaczenie przez Namiestnictwo rozporządzenia ministeryalnego w sprawie urządzania opiek gruźliczych, celem spopularyzowania tego rozporządzenia w kraju, jak również wnioski o poparcie podań o subwencye rządowe na utrzymanie opiek gruźliczych dla lwowskiego i krakowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą, dla kolonii leczniczej w Rabce, dla Domów zdrowia »Odrodzenie«, »Pomoc bratnia« i Nauczycielstwa polskiego w Zakopanem, oraz upoważniła swoje Biuro w Krakowie do popierania w swojem imieniu podobnych podań.

W dyskusyi podnosił r. dw. prof. Gluziński konieczność zakładania dyspensoryów i budowy pawilonów dla otwartej gruźlicy przy szpitalach, prof. Latkowski potrzebę kształcenia lekarzy na kierowników dyspensoryów, a ks. Sapieha wniósł, by wysłać do Wiednia deputacyę dla uzyskania funduszów od rządu na walkę z gruźlicą w Galicyi. Oburzenie zebranych wywołała udzielona w dyskusyi wiadomość o oświadczeniu szefa sekcyi Wolffa w Wiedniu, że »władze centralne nie zamierzają przyznać ani halerza na zwalczanie gruźlicy w Galicyi, dopóki stosunki polityczne się nie wyjaśnią« (!). Radca Lachowicz sądzi, że mimo to nie należy wstrzymywać starań o uzyskanie funduszów rządowych i wnosić podania przez Namiestnictwo, dyrektor Osiowski zaś podnosi doniosłość współdziałania kas chorych w akcyi zwalczania gruźlicy i zwraca uwagę na poważne środki, jakimi te kasy rozporządzają.

Projekt statutu Krajowej Komisyi zwalczania gruźlicy, przedstawiony przez p. Ostrowskiego-Bełzę, jak również wniosek prof. Wiczkowskiego o tworzenie prowincyonalnych kół Komisyi przekazano Biuru komisyi do rozpatrzenia i sprawozdania na następnem posiedzeniu.

Uchwalono wysłać dla uzyskania funduszów rządowych do Wiednia deputacyę, złożoną z A. hr. Wodzickiego, P. ks. Sapiehy, prof. Dr Kostaneckiego, prof. Dr Gluzińskiego i doc. Dr Janiszewskiego. Deputacya ta ma zarazem przedstawić ministerstwu oświaty wniosek o urządzenie obowiązkowych kursów o gruźlicy dla słuchaczów Wydziałów lekarskich.

Przedstawione przez inż. Kamienobrodzkiego projekty i plany pawilonów dla gruźliczych przy szpitalach powszechnych przekazano do rozpatrzenia komisyi, złożonej z doc. Dr Janiszewskiego, prof. Dr Wiczkowskiego, prof. Dr Gluzińskiego, inż. Kamienobrodzkiego i insp. Dr Müllera.

Powiększeniu liczby członków Krajowej Komisyi sprzeciwił się A. hr. Wodzicki, oświadczając się raczej za kooptacyą w razie potrzeby. Sprawę tę przekazano do rozpatrzenia Biuru komisyi.

W końcu poleciła Komisya swemu Biuru utworzyć subkomisyę dla zakładania dyspensoryów przy współdziałaniu Towarzystwa Czerwonego Krzyża, zbadać sprawę informowania kas chorych i kooptacyi delegata Związku kas chorych do komisyi, oraz przekazała lwowskiemu Kołu Towarzystwa walki z gruźlicą sprawę założenia opiek gruźliczych w Drohobyczu i Borysławiu.

r.

Projekty ustroju sanitarnego Królestwa Polskiego i Galicyi.

(Dokończenie).

4. Lekarze gminni. Służbę sanitarną w gminach sprawują lekarze gminni, względnie okręgowi. Uregulowanie tej sprawy należy pozostawić ustawodawstwu krajowemu. Z całym jednak naciskiem należy dążyć do tego, aby państwową ustawą sanitarną stworzono wytyczne, któreby umożliwiły rozwiązanie ważnych zagadnień gminnej służby sanitarnej we wszystkich krajach koronnych monarchii według zasad jednolitych, i to jaknajrychlej. Zasada, aby lekarz aż do najwyższej instancyi podlegał na swem zawodowem stanowisku tylko lekarzowi, wymaga, aby lekarze gminni również podlegali koledze lekarzowi w siedzibie władzy krajowej i aby służbowo byli zupełnie niezależni od naczelnika gminy. Lekarz gminny ma przy wykonywaniu swego zadania charakter urzędnika publicznego.

5. Najwyższa Rada zdrowia jest najwyższym organem doradczym wszystkich najwyższych władz państwowych w sprawach zdrowia publicznego. Do tej Rady należą jako członkowie zwyczajni: 1. kierownik państwowego urzędu zdrowia, 2. profesorowie uniwersytetu, jako przedstawiciele nauki, powołani przez rząd, 3. przedstawiciele lekarzy gminnych, lekarzy kas chorych i lekarzy wolno praktykujących, wybrani z Izb lekarskich, 5. w przypadkach obrad nad ważną sprawą sanitarną jednego z krajów koronnych, szef sanitarny i prezydent Izby lekarskiej tego kraju. W szczególności ma być zasięgane zawsze zdanie Najwyższej Rady zdrowia, zanim od władz naczelnych wyjdą projekta ustaw lub rozporządzenia, dotyczące ważnych spraw zdrowia publicznego.

6. Krajowa Rada zdrowia jest organem doradczym kierownika rządu krajowego, należą zaś do niej: 1. krajowy szef sanitarny, 2. trzech do sześciu znawców spraw sanitarnych, mianowanych przez rząd, przyczem uwzględnić należy przedstawicieli lekarzy praktykujących, 3. dwaj wysłannicy Wydziału krajowego, z których przynajmniej jeden lekarz gminny, 4. dwaj przedstawiciele Izby lekarskiej, jako członkowie zwyczajni. Zdania Krajowej Rady zdrowia należy zawsze zasięgnąć, ilekroć władza krajowa ma rozstrzygać w sprawach zdrowia publicznego.

7. Przyboczne Rady zdrowia starostw (powiatowe) składają się z c. k. lekarza urzędowego i dwóch członków, wybranych przez lekarzy. Zadaniem tych Rad jest przedewszystkiem współdziałać w razie epidemii, mają one jednak zresztą we wszystkich ważniejszych sprawach sanitarnych być organem doradczym władzy politycznej.

Porównanie polskich projektów między sobą i z projektem Izb lekarskich austryackich nasuwa kilka uwag. Wszystkie projekty zgadzają się ze sobą najzupełniej w jednym tylko punkcie, mianowicie w żądaniu, by na czele urzędów sanitarnych wszelkich kategoryi stali lekarze. Ta rzecz nie jest niczem nowem, ani też żadnym specyalnym postulatem lekarzy; jestto wyraz ogólnej dążności, objawiającej się w całej Europie, do należytego podziału pracy i do ekonomii w administracyi publicznej przez oddanie spraw specyalnych w ręce znawców, jakoto: rolniczych— rolnikom, technicznych — technikom itp., a sanitarnych — lekarzom. Niemniej faktem jest, że w tem racyonalnem zużytkowaniu fachowców myśmy co do spraw sanitarnych wyprzedzili innych, a to w tym okresie dziejów Królestwa, do którego nawiązuje Dr Chodźko.

W drugim jeszcze punkcie są wszystkie projekty do siebie zbliżone, aczkolwiek nie ze wszystkiem zgodne: w żądaniu większej samodzielności i większej egzekutywy dla urzędów sanitarnych, niż dotąd przeważnie było. Co do naczelnego urzędu sanitarnego, to najdalej idą w tym względzie Doc. Dr Janiszewski i Dr Chodźko, mówiąc o sanitarnem »ministerstwie« w ścisłem znaczeniu tego słowa. Według jednego z projektów ma być minister taki stałym (np. mianowanym na lat 6); to zastrzeżenie trudno, co prawda, pogodzić z dzisiejszem pojęciem ministerstw parlamentarnych. Inne projekty przyjmują naczelną władzę sanitarną (Centralną Radę zdrowia, Dyrekcyę główną zdrowia, Państwowy Urząd zdrowia), jako osobny wydział rządowy w jednem lub przy jednem z ministerstw (spraw wewnętrznych, spraw samorządu). Pierwotnie myślały i Izby lekarskie austryackie o »ministerstwie« zdrowia, po kilkoletnich jednak roztrząsaniach od tego odstąpiły z motywów godnych uwagi. (Bliższe szczegóły znaleźć można w przytoczonych powyżej sprawozdaniach z Wieców Izb w latach 1908—1913). Samodzielność urzę-

dów sanitarnych w stosunku do innych władz administracyjnych zakreślają różne projekty w bardzo różnych granicach; najdalej posuwa się Dr Polak swem pojęciem urzędów sanitarnych powiatowych, jako części urządzeń samorządowych i żądaniem stanowczego głosu dla lekarzy sanitarnych w zarządach samorządowych (tychsamych, które ich będą mianować i opłacać). Inne projekty żądają ogólnie niezależności administracyi sanitarnej od administracyi politycznej; dokładniej określa to Dr Chodźko, jako »zupełną niezależność od niższych władz administracyjnych«. Również rozmaicie określają różne projekty stosunek służbowy urzędów sanitarnych niższych stopni do urzędów sanitarnych wyższych stopni. Najswobodniej radby ten stosunek ukształtować Dr Polak; według jego pomysłu już urzędy powiatowe (= starostwa), a temwięcej gminne, nie podlegają władzy państwowej, zależąc wyłącznie od władz samorządowych. O takiej niezawisłości gminnych urzędów zdrowia wspomina i Doc. Dr Janiszewski. Natomiast wszystkie inne projekty zmierzają do stworzenia z ustroju sanitarnego jednolitej, zwartej organizacyi, nie rozłamującej się przed stopniem ostatnim, najniższym, lub przedostatnim, na dwie, niezależne od siebie, nie popadającej przeto nigdzie w dualizm, przed którym usilnie ostrzega Dr Jaworski. Niewątpliwie uregulowanie stosunku służbowego lekarzy gmin i związków gmin (okręgów) do wyższych urzędów sanitarnych jest trudne, nie rozwiąże jednak sprawy wyłączenie tej grupy lekarzy z jednolitej organizacyi sanitarnej i pozostawienie ich w zależności od zarządów gminnych, które było już w Galicyi polem do bardzo niekorzystnych doświadczeń. Izby lekarskie galicyjskie szukają wyjścia z tej trudności przez półurzędowy niejako charakter lekarzy gminnych (według wzoru niemieckiego stanowiska »im Nebenamte«) i przez zastrzeżenie im pewnych przywilejów na wzór tych, jakie istnieją w sądownictwie.

Ze sprawą samodzielności organizacyi sanitarnej względem innych władz wiąże się ściśle sprawa przysługującej urzędom sanitarnym władzy wykonawczej i sposobu tej egzekutywy. Tylko jednak niektóre projekty obejmują stworzenie osobnych organów wykonawczych w postaci sanitaryuszy. Niektóre projekty żądają prawa egzekutywy wprost przez organa policyjne (n. p. żandarmeryę); nasuwa się tu wątpliwość, czy to jest praktycznie możebne, oraz, o ile ta droga byłaby korzystną w sprawach, w których warunkiem powodzenia jest zyskanie zaufania i przychylnego stanowiska ludności. Wogóle zaś odnosi się wrażenie, że większość projektów zbyt mało zwraca uwagi na konieczność własnych organów wykonawczych dla urzędów sanitarnych.

Największe różnice są w poglądach na zakres działania administracyi sanitarnej, na skład i sposób urzędowania władz sanitarnych, udział czynników obywatelskich i liczbę instancyi, czy stopni urzędów sanitarnych. Niektóre projekty (Dr Polak) zakreślają działaniu administracyi sanitarnej granice prawie takie, w jakich zamyka się ono dziś np. w Niemczech lub w Austryi; inne, wprost przeciwnie, rozszerzają ten zakres nawet na sprawy odległe, należące np. do polityki ekonomicznej (ubezpieczenie na starość), do dziedziny wychowania (leżącej już poza zakresem wychowania fizycznego) itd. W składzie i sposobie urzędowania proponowane są wszystkie stopnie, począwszy od złożenia całej władzy i odpowiedzialności na jednostkę (Dr Chodźko), poprzez ciała kolegialne czysto urzędnicze, aż do gron mieszanych, nawet przeważnie z wyboru. Jedni odrzucają wszelkie grona doradcze, inni pragną je utworzyć przy urzędach sanitarnych wszystkich stopni, niektóre projekty (Dr Polak) tworzą nawet grona doradcze tak liczne (zjazdy), że prawie mające charakter luźnych wieców. Równie wielkie różnice zdań są w sprawie udziału czynników obywatelskich, nie fachowych, przyczem niekiedy wypadają nawet w tymsamym projekcie pewne sprzeczności. (Różnice co do liczby instancyi (stopni) urzędów sanitarnych można tu pominąć, bo określanie tej liczby jest wogóle przedwczesne, zanim nie będzie wiadomo, jak wogóle będzie ustopniowana administracya kraju).

Te znaczne różnice w wielu ważnych zasadach wymagają rychłego wyrównania. Pamiętać należy, że jakkolwiekby się w przyszłości ukształtowały granice polityczne, to jednak naturalny związek krajów etnograficznie i kulturalnie bliskich, jak Królestwo z Galicyą, wymagać będzie, aby ich urządzenia administracyjne

dostosowane do właściwości kraju i jego mieszkańców, były do siebie ile możności podobne. Tylko w ten sposób osiągnie się najkorzystniejszy dla postępu i rozwoju wzajemny stosunek dzielnic. Odnosi się to do spraw zdrowia publicznego w mierze nie mniejszej, niż do innych spraw publicznych i społecznych. Dlatego wadliwe byłoby dalsze rozpatrywanie każdego z projektów w osobnych gronach bez udziału rzeczników innych projektów; należałoby zaś zmierzać do rychłego skupienia dalszej pracy w jednem, nie zanadto licznem, gronie, z udziałem rzeczników wszystkich projektów i znawców sprawy (lekarzy i prawników) ze wszystkich dzielnic Polski. *r.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 25. IV. b. r. posiedzenie, na którem Dr Radwańska przedstawiła przypadek gruźlicy części pochwowej, a Dr Rychliński okaz skórzaka jajnika z rzadkiem przeobrażeniem treści. Następnie prof. Dr Godlewski wygłosił pierwszą część wykładu: O zwalczaniu chorób zakaźnych, zwłaszcza duru osutkowego, zapomocą kolumn sanitarnych, oraz spostrzeżenia nad durem osutkowym. (Drugą część wykładu wygłosi Dr Dadej na jednem z następnych posiedzeń). Towarzystwo uchwaliło wyrazić prof. Godlewskiemu i jego współpracownikom jak najgorętsze uznanie za pełną poświęcenia pracę w kolumnach sanitarnych i za ich organizacyę. W dyskusyach przemawiali kol. Braun, Blassberg, Ciechanowski, Godlewski, Momidłowski, Rosner, Rychliński, Weinsberg. Wreszcie wybrano komisyę, która rozpatrzy sprawę utrzymania kolumn sanitarnych na stałe.

Następne posiedzenie odbędzie się 2. maja 1917 w Domu Towarzystwa.

— Wydział lekarski krakowski urządził z końcem zimowego półrocza osobny kurs o gruźlicy dla słuchaczy, kończących studya. W kursie uczestniczyło 23 słuchaczy, a wykłady i zajęcia praktyczne prowadzili: prof. Nitsch, Ciechanowski, Latkowski, Rutkowski i doc. Janiszewski.

— Prof. Dr Godlewski opracowuje podręcznik embryologii.

Lwów. Profesor tytularny doc. Dr Bednarski mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Janina Morawiecka, rodem z Gródka Jagiellońskiego.

Warszawa. Epidemia duru plamistego, nie ustająca w Warszawie, skłoniła Delegacyę zdrowia publicznego do energicznych kroków, zwłaszcza w sprawie donoszenia o przypadkach zachorowania. Prasa lekarska wzywa gorąco lekarzy, by w tym względzie jaknajgorliwiej współdziałali. W ciągu niespełna 2 miesięcy padło ofiarą epidemii 3 lekarzy miejskich; rodzinom ich wypłaci Magistrat po 5.000 rb. (Med. i Kron. lek. 16).

— Towarzystwo lekarskie warszawskie przyznało nagrodę konkursową im. Chałubińskiego p. Jadwidze Loth-Niemiryczowej za badania anatomiczne i antropologiczne nad kanałem wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych. (Med. i Kron. lek. 16).

Redakcya otrzymała: Mikulski: 1) Dwunaste sprawozdanie roczne z czynności szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« pod Łodzią za r. 1914. (Warszawa 1916). 2) Toż za r. 1915. (Zgierz 1916).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Kwiecień (cena 2·25 Mk.).

Czwarty tegoroczny zeszyt kursów zawiera rozprawy z zakresu urologii, chorób skórnych i wenerycznych pióra prof. Josepha, oraz pracę prof. Schlayera »O niezłośliwym białkomoczu«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w kwietniu 1917.

Gazeta lekarska Nr 13—16.: Horodyński: Przykurczenie rozcięgna dłoniowego czyli t. zw. choroba Dupuytrena (13—15). — Schusterówna (dok. 13). — Koniecpolski: O leczeniu tyfusu plamistego karbolem (14). — Sierakowski: O wpływie różnych sposobów przyrządzania szczepionek na miano aglutynacyjne osób szczepionych przeciw cholerze i tyfusowi (15—17). — Wrześniowski: Leczenie gruźlicy chirurgicznej kąpielami słoneczno-powietrznemi w klimacie naszym (16).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 13—16.: Erlichówna: Dwa przypadki zgorzeli płuc u dzieci (13—14). — Męczkowski (dok. 15). — Zawadzki (dok. 14). — Jakowicki: Chirurgia polowa na froncie (16). — Zawadzki: Organizacya służby zdrowia w Polsce (16).

Zdrowie Nr 3.: Starkiewicz: Działalność K. Chełchowskiego w zakresie higieny ludowej. — Uroczyste posiedzenie w Towarzystwie higienicznem warszawskiem w celu uczczenia zasług ś. p. K. Chełchowskiego. — Chełchowski: Ruch śmierci i urodzeń w parafiach Zakopanem i Poroninie od 1786 r. do 1912 r. — Chodźko: Punkty wytyczne ustawy szpitalnej dla Państwa Polskiego.

Kronika dentystyczna Nr 4.: Zilz: Wojenne lekarsko-dentystyczne spostrzeżenia i doświadczenia.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 2. maja** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Wybór członków honorowych. 2) Dr K. Michejda: O zgorzeli gazowej, jako zakażenie przyranne w dzisiejszej wojnie.

Nadesłane.

Towarzystwo lekarskie lwowskie uchwaliło na posiedzeniu w dniu 26. I. 1917 na wniosek Komisyi przemysłowo-lekarskiej udzielić polecenia dla preparatów firmy »Laokoon«: »**Opagen**«, »**Strophantus**«, »**Ovarid**« i **preparatów do wstrzykiwań podskórnych** (z wyjątkiem alcarsodylów, których badanie chemiczne dotąd nie jest ukończone). Na mocy tej uchwały przysługuje firmie »Laokoon« prawo używania co do tych preparatów formuły »Polecone przez Towarzystwo lekarskie lwowskie« i »pozostające pod stałą kontrolą Komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego«.

Przewodniczący Komisyi przemysłowo-lekarskiej
Dr Stan. Kwiatkiewicz.

Prezes Towarzystwa lekarskiego lwowskiego
Dr W. Kohlberger.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 5. maja 1917. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z II. Oddziału chirurgicznego c. i k. Szpitala garnizonowego w Krakowie.
Prymaryusz: Doc. Dr Z. Radliński.

Znieczulenie lędźwiowe.

Podał

Dr Jan Ożga,

dyrektor szpitala w Turce n. Stryjem, c. i k. starszy lekarz.

Znieczulenie lędźwiowe przez wstrzyknięcie do kanału rdzeniowego rozczynu kokainy wykonał pierwszy Corning, neurolog amerykański, w r. 1886. Wydoskonalenie techniki oraz szerokie zastosowanie tego sposobu znieczulania w chirurgii zawdzięczamy Bierowi, dla którego nakłucie lędźwiowe, wykonane po raz pierwszy w r. 1896 przez Quinckego, stało się punktem wyjścia dla tej metody bezbolesnego operowania. Jako środka znieczulającego używano najpierw ogólnie kokainy w rozczynie wodnym. Przez wstrzyknięcie tego rozczynu do kanału kręgowego zapomocą nakłucia lędźwiowego występuje znieczulenie w obrębie $^2/_3$ dolnych części ciała, dając możność operowania bez bólu w tym obszarze przy nienaruszonej świadomości operowanego. Znieczulenie to według zapatrywań różnych badaczy jest następstwem miejscowego zatrucia skutkiem wiązania się środka znieczulającego z protoplazmą komórek nerwowych, przez co następuje zahamowanie czynności dotyczących tkanek; pod wpływem jednak spraw życiowych, zależnych od dopływu krwi, związek ten ulega następnie rozluźnieniu i czynność tkanek wraca powoli do dawnego stanu. Wstrzyknięty do kanału rdzeniowego rozczyn środka znieczulającego miesza się z płynem rdzeniowym i przenika powoli od jednego odcinka do drugiego, stąd też znieczulenie występuje stopniowo: najpierw na kończynach dolnych i od stóp począwszy dochodzi do wysokości wyrostka mieczykowatego. Przedostawanie się środka trującego w górne odcinki rdzenia doznaje przeszkody, jak udowodnił Ach, przez więzadła zębowate, zgrubienie lędźwiowe i szyjne rdzenia i wejścia naczyń kręgowych, przez co pewna część środka trującego zostaje związana chemicznie i fizycznie i skutkiem tego albo środek wcale nie działa na rdzeń przedłużony albo w bardzo słabym stopniu. Dlatego to, aby osiągnąć znieczulenie w obrębie górnej połowy ciała, zastosował Kader wysokie podniesienie miednicy po wstrzyknięciu lędźwiowem, aby ułatwić mechanicznie przenoszenie się środka znieczulającego w kanale rdzeniowym do wyższych jego odcinków.

Ale ta metoda znieczulania, która, zdawało się, że wyruguje uśpienie chloroformowe, nie okazała się wolną od niebezpieczeństw. Znieczulenie lędźwiowe pociąga za sobą często rozmaite lżejsze lub cięższe powikłania, a nawet zejścia śmiertelne (na 3000 znieczuleń kokainą — 11 przypadków śmiertelnych: Jones). Przyczyną tych powikłań jest w pierwszym rzędzie trujące działanie kokainy, następnie samo zetknięcie się środka znieczulającego z ośrodkami nerwowymi rdzenia i powstała z tego powodu zmiana przewodzenia, dalej zmiana ciśnienia śródrdzeniowego i wstrząs, a wreszcie zmiany w przestrzeni, zamkniętej oponą pajęczynowatą, wywołane wprowadzeniem obcego ciała. Celem usunięcia tego i złagodzenia objawów ubocznych i następowych zaczęto kokainę zastępować pokrewnymi jej przetworami; wprowadzanie wody usuwało zalecone przez Kozłowskiego rozpuszczanie kokainy w upuszczonym płynie rdzeniowym i wstrzyknięcie z powrotem tegoż płynu do kanału rdzeniowego; zmiany ciśnienia ma regulować wypuszczenie pewnej ilości płynu rdzeniowego; w końcu ważny wpływ ma także technika nakłucia.

Zamiast kokainy zaczęto stosować: stowainę, eukainę β, alypinę, nowokainę z dodatkiem wyciągu nadnercza i bez tegoż, tropakokainę. Z licznych publikacyi okazuje się, że najmniej trująca, najmniej wywołująca poważniejszych następstw, jest tropakokaina. Na II oddziale Szpitala garnizonowego używaliśmy tylko tropakokainy do znieczulenia lędźwiowego, które wprowadził tu w zastosowanie gorący zwolennik tej metody, docent Radliński.

Postępowanie nasze było takie, jak w krakowskiej klinice chirurgicznej, to jest:

I. Rozczyn tropakokainy przygotowywano za każdym razem świeży w dniu operacyi, na krótki czas przed ich rozpoczęciem. Przygotowywano rozczyn w ten sposób, że do naczyńka szklanego, opatrzonego podziałką, nalewano 30 cm sz. wody przekroplonej, wyjałowionej i wsypywano 0·50 proszku tropakokainy. Po przykryciu naczyńka niezupełnie szczelnie stawiano je na płytce asbestowej, pod którą palił się palnik gazowy. Skoro rozczyn zaczął wrzeć, regulowano siłę płomienia, aby gotowanie odbywało się powoli aż do wyparowania 5 cm sz. rozczynu. Gdy w naczyńku pozostało 25 cm sz. rozczynu, co wskazuje podziałka, odstawia się je, przykrywa szczelnie, a po ochłodzeniu rozczyn jest gotowy do użycia.

II. Wstrzykiwanie robimy wygotowaną strzykawką Record o pojemności 10 cm sz., naciągając najpierw cokolwiek rozczynu tropakokainy, który następnie po założeniu wygotowanej igły wystrzykujemy dla przepłukania igły, poczem nabieramy przez igłę z naczyńka taką ilość rozczynu, jaką zamierzamy wprowadzić do kanału rdzeniowego.

III. Okolicę lędźwiową oczyszcza się przed nakłuciem przez trzykrotnie powtarzane wycieranie skóry gazą wyjałowioną, napojoną eterem.

IV. Nakłucie lędźwiowe wykonujemy na chorym siedzącym, a wyjątkowo leżącym. Chory siada poprzecznie na stole operacyjnym ze zwieszonymi poza brzegiem stołu nogami, nachyla głowę i górny odcinek kręgosłupa ku przodowi w dół, a równocześnie wygina łukowato dolną połowę kręgosłupa ku tyłowi.

V. Między II a III kręgiem lędźwiowym przesuwamy

skórę wielkim palcem lewej ręki nieco na lewą stronę, przez co ulega ona napięciu i pewnemu zniedokrwieniu, i wkłuwamy igłę w przestwór międzykręgowy w linii środkowej pod dolnym brzegiem górnego wyczuwalnego wyrostka kolczystego, kierując koniec igły lekko skośnie ku górze i przodowi. Technicznie dobrze zrobione przekłucie objawia się wypływem czystego płynu rdzeniowego cienkim, silnym strumieniem. Czasami jednak nie odrazu wydobywa się płyn, lub słabo, kroplami; wówczas przetkanie igły drucikiem sprowadza pożądany wypływ strumieniem, niekiedy znowu następuje to pod wpływem kaszlu chorego. W jednym i drugim przypadku nakłucie jest dobrze wykonane, jakość zaś wypływu płynu rdzeniowego zależy od ciśnienia w kanale kręgowym.

VI. Przed wstrzyknięciem rozczynu tropakokainy do kanału kręgowego upuszczamy $^2/_3$ tej ilości płynu rdzeniowego, w jakiej wstrzykujemy rozczyn, a wprowadzamy płyn powoli, aby uniknąć nagłych zmian w ciśnieniu śródrdzeniowem i wywołać stopniowe powolne przenoszenie się płynu od odcinka do odcinka.

Po ukończeniu nakłucia lędźwiowego kładzie się chory na stole operacyjnym i pozostaje w położeniu poziomem około 3 minut, poczem ustawia się stół nieco skośnie, aby dolna połowa ciała leżała na lekkiej równi pochyłej. Zanim się przygotuje pole operacyjne, co trwa około 6 minut, znieczulenie jest już wystarczające. Występuje ono niekiedy bardzo szybko, w 2—3 minut, czasem w 5—10 minut po wstrzyknięciu i dotyczy najpierw stóp, rozszerzając się stopniowo ku górze.

Dla zabiegów operacyjnych w obrębie klatki piersiowej i szyi używaliśmy także znieczulenia lędźwiowego, wstrzykując rozczyn tropakokainy między ostatnim kręgiem piersiowym a pierwszym lędźwiowym i stosując wysokie ułożenie miednicy, bez poważniejszych objawów ubocznych lub następowych.

Co się tyczy wielkości dawki tropakokainy, to dla operacyi w obrębie od pępka do stóp dochodziliśmy przeważnie do 0·08, a przy operacyach ponad pępkiem do 0·10 proszku tropakokainy. W przewidywaniu jednak dłużej trwającej operacyi na dolnej połowie ciała (n. p. obustronna operacya przepukliny z wycięciem wyrostka robaczkowego, tętniak i t. p.) przekraczaliśmy dawkę 0·08. Nadto wielkość dawki uzależnialiśmy od długości kręgosłupa (a więc wysokości wzrostu operowanego) i ogólnego stanu sił chorego. Stosowane przez nas dawki tropakokainy, jak wykazuje niżej podane zestawienie, wynosiły od 0·06 do 0·10.

Czas trwania znieczulenia wynosił od 40 do 105 minut.

W okresie 8 miesięcy wykonaliśmy 248 nakłuć lędźwiowych u chorych w wieku od 18—56 lat; wśród tych 7 kobiet, 241 mężczyzn Na 248 nakłuć mieliśmy zupełnie nieudałych 6, a w jednym przypadku niezupełne znieczulenie, sięgające do pępka, a dotyczące tylko skóry, a więc razem 2·8% zawiodło. Z 6 nieudałych: jeden przypadek dotyczył chorego z bocznem skrzywieniem kręgosłupa; w trzech przypadkach chorzy zapowiedzieli naprzód, że będą odczuwali bóle, gdyż są nerwowi. Mimo technicznie dobrze wykonanego nakłucia od początku operacyi przeszliśmy tu do uśpienia eterem. U piątego chorego, operowanego z powodu przepukliny, ponieważ przy pierwszem nakłuciu nie wydzielała się żadna ciecz, zrobiono nakłucie w innem miejscu i czysty płyn wypłynął strumieniem, ale trafiono końcem igły w sam rdzeń, gdyż chory odczuł silny ból. Z rozpoczęciem operacyi chory był tak niespokojny, że musiano go uśpić eterem. W ostatnim przypadku po nakłuciu wypływała obficie czysta krew (trafiono w splot naczyniowy), wobec tego powtórzyłem nakłucie w innem miejscu, ale w chwili wbijania igły w głąb chory zmienił nagle pozycyę, tak że koniec igły ułamał się. W celu wyszukania odłamka igły i przeprowadzenia operacyi wbiłem igłę znowu w inne miejsce, płyn rdzeniowy czysty odpłynął strumieniem, wstrzyknąłem 0·09 tropakokainy, ale nie nastąpiło żadne znieczulenie. Jeżeli więc odliczymy dwa przypadki nieudałe z powodu złej techniki, to na nakłucia lędźwiowe, dobrze pod względem technicznym wykonane, przypada 2% nieudałych.

W pozostałych 241 przypadkach musieliśmy 7 razy pod koniec operacyi zastosować uśpienie eterem z powodu niedostatecznego już znieczulenia, a dotyczyło to takich przypadków, w których techniczne trudności wymagały ostrożnego i powolnego operowania, przez co czas operacyi przedłużył się.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B.) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie rokowania w durze brzusznym

napisał

prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

4) M. J., l. 18 licząca, służąca z Krakowa; ma od 5 dni doznawać dreszczów i wymiotów codziennie pod wieczór, tudzież bólu kłującego w boku lewym. Badanie w szpitalu w dniu 23. XI. 1916 wykazało: Chora dobrze zbudowana i odżywiona. Skóra sucha, różowawa. Ciepłota ciała pod wieczór 39·7° C. Gruczoły chłonne prawidłowe. Granice płuc prawidłowe, ruchome. Odgłos opukowy z przodu na całej klatce piersiowej jawny; szmery oddechowe zaostrzone i skąpymi świstami pokryte. Z tyłu na klatce piersiowej po stronie prawej odgłos jawny; po stronie lewej od szczytu aż do dolnego kąta łopatki odgłos jawny, a poniżej aż do 10. żebra przytłumionobębenkowy. Szmery oddechowe wszędzie zaostrzone, a w miejscu przytłumienia pokryte licznymi świstami i skąpemi rzężeniami. Liczba oddechów 24. Wymiary serca na poprzek nieco powiększone; tony serca głuche; tętno 100, równe, regularne, dobrze napięte. Język obłożony, podsychający. Brzuch miernie wzdęty. Na skórze brzucha brak wyraźnej osutki. Okolica kątnicy bolesna; tamże kruczenie; rozwolnienie. Wątroba powiększona; śledziona nie macalna, okolica jej przy dotykaniu tkliwa. Mocz mętnawy, wysycony, oddziałuje kwaśno, zawiera wybitny ślad białka; w osadzie moczowym skąpe krwinki białe. Chora odurzona, uskarża się na ból głowy. Oddziaływanie źrenic prawidłowe; sztywności karku niema; podrywanie się ścięgien (subsultus tendinum) w zakresie mięśni twarzy i kończyn górnych.

Chora pozostawała w szpitalu przez 7 dni. Przez cały czas gorączkowała od 39°—40·8° C.; dopiero w dniu zejścia śmiertelnego ciepłota ciała obniżyła się do 38·3° C. Tętno przez cały czas utrzymywało się między 100—112 na minutę, było słabo napięte i dopiero na dzień przed śmiercią było niepoliczalne. Codziennie kilka stolców o wejrzeniu grochowianki. Czwartego dnia pobytu w szpitalu chora straciła przytomność i wówczas zauważono obfitą osutkę plamistą na skórze brzucha. Odtąd stwierdzono stale utrzymującą się sztywność karku, rozszerzone źrenice, drżenie ócz kołujące (nystagmus rotatorius), drżenie języka i wyraźny objaw Kerniga. Badanie cieczy, otrzymanej przez nakłucie lędźwiowe w ilości 25 cm^3, dało wynik ujemny ze względu na obecność drobnoustrojów. Ciecz mętnawa zawierała bardzo skąpe leukocyty i wykazywała wybitny odczyn Riwalty. W płucach stan niezmieniony. Odczyn dwuazowy Ehrlicha ujemny, mocz zawierał spory ślad białka. Wobec ujemnego, dwukrotnie wykonanego odczynu Fickera (25. XI., 28. XI.), a przeważających objawów mózgowych zawahało się zrazu rozpoznanie kliniczne duru brzusznego. Brak dodatniego odczynu dwuazowego Ehrlicha przemawiał za rozpoznaniem nagminnego zapalenia opon mózgowych; przeciw niemu zaś wynik badania cytologicznego i bakteryologicznego płynu, uzyskanego przez nakłucie lędźwiowe. Wobec tego, uwzględniając całokształt objawów klinicznych, nasze rozpoznanie przechylało się w danym przypadku do duru brzusznego, jako głównej sprawy chorobowej, z silnymi przypadami ze strony opon mózgowordzeniowych i opiewało: Meningismus. Typhus abdominalis.

Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., wykazały: Ileotyphus (stadium necroticum). Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Bronchopneumonia catarrhalis lobi inferioris pulmonis utriusque.

Otrzewna bez zmian. W dolnej części jelita biodrowego w obrębie kęp Peyera duże nacieki rdzeniaste, na szczycie gdzieniegdzie pokryte strupem żółtoszarym, suchawym. Sąsiednie gruczoły krezkowe rdzeniasto obrzękłe.

5) W. P., l. 37, czeladnik szczotkarski z Przegorzał ad Kraków, ma być chory od tygodnia; uskarża się na bóle głowy, brak apetytu i ogólne osłabienie. Badanie w szpitalu w dniu 27. XII. 1916 wykazuje: Budowa ciała i odżywienie mierne. Skóra bladoróżowa; ciepłota ciała 40° C. Gruczoły chłonne nie powiększone. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Granice płuc prawidłowe; odgłos opukowy na klatce piersiowej wszędzie jawny; szmery oddechowe zaostrzone, w tylnych i dolnych częściach płuc, zwłaszcza po stronie prawej, dość licznemi rzężeniami pokryte. Liczba oddechów 28 na minutę. Serce prawidłowych wymiarów, tony sercowe głuche; tętno 128, regularne, dość miękkie. Język wilgotny, obłożony; błona śluzowa gardła zaczerwieniona. Brzuch miernie wzdęty. Na skórze brzucha obfita osutka plamista i guzkowa. Okolica kątnicy przy ucisku tkliwa; tamże kruczenie; rozwolnienie. Wątroba powiększona; śledziona duża, miękka. Mocz winnożółty, słabo kwaśny, zawiera spory ślad białka. Odczyn dwuazowy Ehrlicha ujemny. Chory odurzony; uskarża się na bóle głowy.

Chory pozostawał w szpitalu przez 9 dni i przez cały czas gorączkował torem nieregularnym. Wieczorem ciepłota ciała dochodziła do 39·6° C., a rano opadała do 37·8° C., a nawet 37·2° C. Świadomość ciągle w miernym stopniu zajęta; codziennie pod wieczór obfite poty. Tętno wahało się od 112—120 na minutę; było miękkie. Liczba oddechów na minutę wynosiła około 48. Z tyłu na klatce piersiowej po obu stronach, zwłaszcza po stronie prawej, od połowy kąta łopatki do podstawy, utrzymywał się odgłos opukowy przytłumionobębenkowy; tamże szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte licznemi rzężeniami. W pierwszych czterech dniach spostrzegania szpitalnego 2—3 stolce na dobę, płynne, o wejrzeniu grochowianki; później zaparcie stolca. Na 48 godzin przed zejściem śmiertelnem brzuch bardziej wzdęty, nie bolesny; przez powłoki brzuszne uwidoczniają się zarysy pętli jelitowych w górnej części jamy brzusznej. Nad jamą brzuszną odgłos opukowy przytłumionobębenkowy; brak stłumienia wątroby; czkawka; tętno niepoliczalne; liczba oddechów 60 na minutę. Odczyn Fickera, wykonany ostatecznie na 3 dni przed zejściem śmiertelnem, zupełnie ujemny, nawet nie zaznaczony. Dnia 5. I. wśród przytomności chory zmarł. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Typhus abdominalis. Peritonitis perforativa. Pneumonia hypostatica bilat. praecipue dextra. Oedema inflammatorium renum.

Protokół oględzin pośmiertnych, dokonanych w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., opiewa pokrótce:

Typhus abdominalis. Peritonitis perforativa. Pneumonia hypostatica bilateralis praecipue dextra.

Jama brzuszna: W miednicy małej leżące pętle jelita cienkiego (dolne pętle jelita biodrowego) pozlepiane obfitym włóknikiem między sobą i ze ścianami miednicy. Pomiędzy pozlepianemi pętlami dość obfita ciecz posokowatoropna. W dolnych pętlach jelita biodrowego w miejscu kęp Peyera wrzody o dnie gładkiem, sięgającem do warstwy mięsnej i brzegach cienkich, nieco podciętych. W jednym wrzodzie brak na dnie także tkanki mięsnej, a w samym środku na przestrzeni grochu utrzymała się tylko warstwa surowicza, — i ta jednak jest zabarwiona żółtawoszaro, obumierająca i łatwo się rozrywa. W jelicie grubem treść żółta papkowata; błona śluzowa bez zmian.

6) J. N., żona wyrobnika z Krakowa, licząca l. 40, ma być chorą od trzech tygodni. Badanie w dniu 14. X. 1916 wykazało: Budowa ciała wątła, odżywienie nędzne. Skóra blada, na powłokach brzusznych łuszcząca się. Gruczoły chłonne prawidłowe. Klatka piersiowa płaska. Z przodu po stronie prawej dolna granica płuca sięga w linii sutkowej do 6. żebra, a po lewej do 4. żebra; ruchoma. Odgłos opukowy w szczycie prawym przytłumiony, zresztą wszędzie z przodu na klatce piersiowej przytłumionobębenkowy; szmery oddechowe zaostrzone i pokryte w dolnej części po stronie prawej dość licznemi rzężeniami. Z tyłu po obu stronach dolna granica płuc w linii przykręgowej sięga do dolnego brzegu 10. żebra. Odgłos opukowy po stronie prawej od szczytu do $^1/_2$ łopatki stłumionobębenkowy; zresztą jawny. W miejscu przytłumienia szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte licznemi drobnemi rzężeniami; zresztą szmery oddechowe zaostrzone, pokryte świstami i furczeniami. Liczba oddechów 36 na minutę. Wymiary serca prawidłowe; uderzenie koniuszkowe niewidzialne i niewyczuwalne; tony serca głuche; tętno dość dobrze napięte, regularne, 96 na minutę. Język wilgotny, lekko obłożony. Brzuch prawidłowo wysklepiony. Nad jelitem ślepem kruczenie; zaparcie stolca. Wątroba nieznacznie powiększona, przy ucisku bolesna. Śledziona (opukiwanie) powiększona. Mocz winnożółty, oddziałuje kwaśno; zawiera spory ślad białka. Z przewodu usznego lewego wypływa ciecz ropna; w prawym woskowina; mierna sztywność karku, upośledzenie słuchu, odurzenie, bardzo znaczne ogólne osłabienie i dusznica dopełniają obrazu choroby.

Chora pozostawała w szpitalu od 14. X. do 22. X. 1916 i zmarła. Przez cały ten czas była odurzona, gorączkowała od 38° C. do 40·6° C. torem zwalniającym (remittens) i dopiero w przededniu zejścia śmiertelnego ciepłota ciała spadła nagle poniżej 36° C. Tętno przez cały czas spostrzegania szpitalnego wahało się od 108—120 uderzeń na minutę i było bardzo słabo napięte pomimo wstrzykiwań podskórnych olejku kamforowego i podawania wewnętrznego środków sercowych. Liczba oddechów wahała się od 30—40 na minutę. Stan w płucach: Z przodu po stronie prawej do 3. żebra przytłumienie, tamże szmery ododdechowe nieoznaczone i pokryte licznemi rzężeniami; z tyłu przytłumienie; zresztą po całej stronie lewej odgłos opukowy jawnobębenkowy, a szmery oddechowe pokryte licznymi gwizdami i rozsianemi rzężeniami. Brzuch miernie wzdęty; na powłokach brzusznych na dwa dni przed śmiercią widoczne opryszczki (grupa pęcherzyków, wypełnionych cieczą mętną). Język podsychający; zaparcie stolca. Chora ciągle majaczyła, okazywała drżenie rąk, sztywność karku, znaczne upośledzenie słuchu i ropotok obustronny. Wobec ujemnego wyniku odczynu Fickera, rozległych zmian w płucach, opryszczek na powłokach brzusznych, zaparcia stolca, rozpoznanie przemawiało za: Sepsis (influenza). Pneumonia bilateralis. Otitis media ss. otorrhöe. Herpes abdominis.

Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., stwierdziły dur brzuszny. Protokół pokrótce opiewa: Ileotyphus in stadio depurationis ulcerum. Tumor lienis subacutus. Degeneratio adiposa lev. gradus renum. Pneumonia crouposa lobi superioris pulmonis dextri in stadio hepatisationis griseae. Bronchitis diffusa. Tuberculosis caseosa nodosa apicis pulmonis sin. Otitis media purulenta bilateralis.

W jelicie cienkiem treść papkowata, brudno żółta. W dolnej części jelita biodrowego w obrębie kęp Peyera wrzody nieregularne, okrągławe, o dnie gładkiem, sięgającem do warsty mięsnej, gdzieniegdzie zabliźniającem się, o brzegach cienkich, do dna przylegających. Sąsiednie gruczoły krezkowe nieznacznie powiększone, ciemnowiśniowe, soczyste. Otrzewna bez zmian.

Rozpatrując się w przytoczonych przypadkach chorobowych uderza, iż dotyczyły one osób młodych, lub w sile wieku będących, gdyż u 4 chorych (1 m. 3 k.) wiek dosięgał od 18—22 lat, a u 2 chorych (1 m. 1 k.) 37 i 40 lat. W 4 przypadkach, t. j. u chłopca 19-letniego i u dziewcząt od 18—22 lat liczących, przebieg choroby był nadzwyczaj gwałtowny, a zejście śmiertelne nastąpiło między 10. a 16. dniem choroby w okresie nacieku (st. infiltrationis) i obumarcia (st. necroticum) grudek limfatycznych i kęp Peyera w jelicie. Jako powikłania w tych przypadkach stwierdzić było można na stole sekcyjnym 3 razy początkujące zapalenie płuc ogniskowe i 2 razy prócz tego obrzęk zapalny nerek, towarzyszący zazwyczaj każdej ostrej chorobie zakaźnej. Objawy mózgowe były średniego nasilenia, ograniczały się do bólu głowy i do odurzenia; w jednym tylko przypadku u dziewczyny 18-letniej stwierdzono bardzo silne bóle głowy, zupełną nieprzytomność, sztywność karku, rozszerzenie źrenic, drżenie oczu (nystagmus rotatorius), wybitny objaw Kerniga, a przez nakłucie lędźwiowe uzyskano 25 cm³ płynu mętnego, zapalnego (Rivalta + +), nie zawierającego bakteryi. Pomimo braku odczynu Fickera (w innych współczesnych przypadkach duru brzusznego tą samą zawiesiną otrzymano wynik dodatni) przebieg kliniczny skłonił nas do rozpoznania za życia duru brzusznego, co też oględziny pośmiertne potwierdziły. W piątym przypadku u mężczyzny 37-letniego przebieg duru brzusznego był przyostry, o przypadach mózgowych w miernem nasileniu; natomiast zauważyć można było zaraz przy pierw-

szem badaniu powikłanie z obustronnem zapaleniem płuc i białkomocz. W czasie dalszego spostrzegania szpitalnego wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej w następstwie przedziurawienia jelita. I w tym przypadku pomimo ujemnego wyniku badania serologicznego rozpoznano za życia całkiem stanowczo dur brzuszny, a oględziny anatomiczne wykazały zmiany chorobowe w okresie oczyszczania się wrzodów.

Inaczej w szóstym przypadku u kobiety 40-letniej. U chorej tej można było stwierdzić od samego początku spostrzegania klinicznego rozległe zapalenie płuc, upośledzenie słuchu z powodu ropotoku usznego, silne odurzenie, zaparcie stolca, opryszczki na powłokach brzusznych. To też wobec ujemnego wyniku badania serologicznego (odczyn Fickera ujemny) rozpoznawaliśmy zakażenie grypowe posokowate jako główne tło choroby. Oględziny pośmiertne wykazały natomiast, iż powyższe zmiany w narządach wystąpiły jako powikłanie w następstwie duru brzusznego; w jelicie znajdowały się liczne owrzodzenia durowe oczyszczające się.

We wszystkich zatem przytoczonych przypadkach chorobowych, z których cztery okazywały przebieg ostry, gwałtowny, a dwa przyostry, odczyn Fickera, wykonany na krótko przed zejściem śmiertelnem, wypadł zupełnie ujemnie.

Jak wiadomo, odczyn Fickera (zmodyfikowany odczyn Gruber-Widala) polega na aglutynacyi i wtedy nie powstaje, jeśli brak aglutynin durowych w surowicy krwi. Widal spostrzegał, iż surowica chorych na dur brzuszny już po ośmiu dniach wykazuje swoisty odczyn. Aglutyniny durowe jednak w pierwszym okresie choroby nie zawsze się znajdują; dopiero w drugim i trzecim okresie chorobowym można je prawie zawsze stwierdzić, a tylko wyjątkowo brak ich we krwi. Ilość też aglutynin nie odpowiada ciężkości nasilenia chorobowego. Według spostrzeżeń Briona i Kaysera odczyn Gruber-Widala wypada dodatnio w 50% w I. okresie choroby, w 84% w II tygodniu, w 98% w trzecim tygodniu choroby. Eichorst zauważył go w 27·6% w I tygodniu, 97% w II. tygodniu, a 100% w III. tygodniu choroby. Według naszych spostrzeżeń szpitalnych występuje on w II. i III. okresie duru brzusznego w 98—99%. Do wyjątków należy zaliczyć odosobnione przypadki, ogłoszone przez Rumpfa, Schlesingera, Libmanna, w których odczyn Gruber-Widala wystąpił dopiero w 59., 60. i 67. dniu choroby. To też słusznie należy uważać aglutynacyę za objaw stały chorobowy w durze brzusznym, w warunkach zwykłych pojawiający się począwszy od 10. dnia choroby — i dziś trudno rozpoznawać dur brzuszny bez dodatniego wyniku odczynu Gruber-Widala, a względnie Fickera.

Bardzo rzadko, gdyż według naszego zestawienia w 1·05%, nie można wykazać odczynu Fickera w przebiegu duru brzusznego. Wydarza się to zazwyczaj naówczas, gdy ustrój z powodu ciężkiego zakażenia znajduje się niejako w stanie ubezwładnienia i nie zdoła wytworzyć odpowiednich aglutynin. Na podstawie też naszego doświadczenia należy z naciskiem zaznaczyć, iż w przypadkach niewątpliwego duru brzusznego za życia stały brak we krwi tych aglutynin zapowiada ciężki przebieg, częstokroć kończący się niepomyślnie — czyli, że stały brak odczynu Gruber-Widala, a względnie Fickera w przypadkach duru brzusznego stanowi bardzo poważny zwiastun, wskazujący częstokroć na złe rokowanie.

Zejście śmiertelne w przebiegu duru brzusznego następuje przeważnie powoli, w miarę wytwarzających się zmian w mięśniu sercowym pod wpływem działania jadu durowego. Rzadko wśród gwałtownego przebiegu duru brzusznego następuje nagła śmierć z objawami ostrego zapadu i to wskutek porażenia nerwu trzewnego w szczególności, a wogóle nerwów naczynioruchowych. Wydarza się to, skoro ilość jadu durowego w ustroju jest bardzo znaczna, lub gdy ośrodek naczynioruchowy okazuje małą odporność przeciw prątkom Eberth-Gaffkyego. Wogóle z jednej strony różne zachowanie się indywidualne ośrodka naczynioruchowego, a z drugiej strony silny i szybki rozwój prątków durowych i ich trucizn we krwi u danego chorego odgrywa tu ważną rolę. A wskaźnikiem niekorzystnym naówczas jest stały brak odczynu Fickera.

Oceny i sprawozdania.

Inż. chem. W. Kraszewski: **Podręcznik do badań produktów spożywczych, przedmiotów użytku domowego i wykrywania ważniejszych alkaloidów.** Warszawa 1917. Wydane z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Stron 158 i tablic XXVII.

Brak w języku polskim »obszerniejszego« podręcznika do badań produktów spożywczych, »dający się odczuwać zwłaszcza tym, którzy nie władają językami obcymi« — zniewolił autora do opracowania niniejszej książki, przeznaczonej, jak pisze w przedmowie, dla chemików już wyszkolonych.

Dwie trzecie swego podręcznika poświęcił autor omówieniu metod badania i ocenie produktów spożywczych, resztę metodom badania i ocenie powietrza, przedmiotów użytku domowego, kauczukowym, barwikom, mydłu, środkom kosmetycznym, tkaninom oraz badaniu trucizn. Z tego już widać, jak zwięzłe i krótkie musi być omówienie metod badania i zasad przy wydawaniu ocen —, o ile podręcznik nazwać można obszernym. Mimo to podał w nim autor cały szereg zasadniczych metod badania tak wyczerpująco i jasno, że każdy wykształcony w pracowni analitycznej łatwo je wykona. Ale obok tych metod znaleść można w podręczniku i inne, których opis nie jest dostateczny już przez brak opisu potrzebnych przyrządów specyalnych. Jako zasadniczy brak podręcznika podnieść należy pominięcie badania i oceny za pomocą mikroskopu, które przecież dla całego szeregu produktów spożywczych ma znaczenie rozstrzygające, dla innych wyłączne. Z metod opisanych w podręczniku wymagają niektóre sprostowania. I tak przy metodzie badania refraktometrycznego »surowicy« mleka (dlaczego nie »serwatki«, skoro z nazwą surowicy łączymy inne pojęcie, a nazwa serwatki jest utarta i bez zastrzeżeń da się zastosować w nauce?), uzyskanej metodą Ackermanna, podano liczby współczynnika załamania światła nie dla refraktometru nurkowego Zeissa, przyjęte powszechnie w metodyce badania mleka, lecz inne, ani w literaturze naukowej, ani w praktyce kontroli mleka nie stosowane. — Przy próbie Vogla (nie Vogela) co do zanieczyszczenia mąki nasieniem traw i chwastów normalne mąki pszenne i żytnie dają tylko wtedy płyn bezbarwny, o ile przedstawiają typy najprzedniejsze, ogółem zaś mąki żytnie płyn o kolorze czerwonawym — wody z mięsa, zaś mąki pszenne płyn mniej lub więcej żółtawy. Obecność sporyszu, wykraczająca ponad dopuszczalne zanieczyszczenie naturalne, objawi się już czerwonawym kolorem (nie dopiero krwistym) alkoholu kwaśnego oraz ogniskami czerwonemi w mące, zaś wydatniejsze zanieczyszczenie wyką odcieniem fioletowawym płynu i takiemiż ogniskami w mące. — Przy metodach badania octu byłoby pożądane podanie metody dla stwierdzenia kwasu mrówkowego, używanego obecnie do fałszowania, a pod względem zdrowotnym — jako wybitnie szkodliwego — ważniejszego od innych kwasów zastępczych. — Tablica XXVI, na którą powołuje się autor przy omawianiu metod oznaczania wilgotności bezwzględnej, nie może służyć do tego celu — podaje ją w procentach, jako względną. — Przytaczając sposób oznaczania wartości odżywczej produktów spożywczych w celu porównania ich między sobą, podaje autor jako wartości cieplikowe dla białka, tłuszczu i wodanów węgla liczby, w piśmiennictwie naukowem niepraktykowane, zamiast ogólnie w nauce przyjętych liczb Rubnera 4·1, 9·3 i 4·1 — oddające już przeciętną »fizyologiczną« wartość cieplikową bez względu na jakość i pochodzenie rozmaitych rodzajów białka, tłuszczów i wodanów. Podając zaś przyswajalność tychże składników na 96·5%, 96% i 98%, przytoczył autor przyswajalność tylko białek, tłuszczu i wodanów zwierzęcych, różną od przyswajalności tych składników w pokarmach roślinnych, która według Königa wynosi 75%, 70% i 92%. Przy tej sposobności należało zaznaczyć, że w ocenie wartości odżywczej poszczególnych artykułów w stosunku do ceny porównywać wolno tylko produkta zwierzęce ze zwierzęcymi, a roślinne z roślinnymi.

Braki w części metodycznej podręcznika można wytłomaczyć tem, że autor przedmiot bardzo obszerny pragnął przedstawić zwięźle. Argumentu tego nie można jednak przyjąć jako usprawiedliwienia ustępów podręcznika, omawiających zasady oceny poszczególnych produktów spożywczych.

Jakkolwiek przekracza to ramy zwykłej oceny podręcznika, niechaj wolno mi będzie przy tej sposobności wyrazić szerzej me zapatrywanie na badanie i ocenę produktów spożywczych.

Nietylko wśród osób interesujących się nadzorem nad żywnością, ale i między zawodowymi chemikami spotkać się można ze zdaniem, że znajomość ogólnych metod analizy chemicznej, ewentualnie uzupełniona pewną ilością metod badania produktów spożywczych, upoważnia już do wydawania opinii decydujących dla zarządzeń władz, dla wyroków sądowych, do podejmowania procesów o odszkodowanie i t. d. W rzeczywistości trzeba tu obok znajomości metod analitycznych jeszcze wielu innych wiadomości, tem więcej, im odpowiedzialniejsze zadanie ma do spełnienia znawca. Każdy — nawet najlepiej w chemii analitycznej obeznany — kto bliżej zetknął się z praktycznem umiejętnem znawstwem w tej dziedzinie, przyzna to szybko. Że stanowiska praktyki życiowej nie badanie, lecz orzeczenie rozstrzyga o wartości praktycznej badania. Z tego powodu należy poświęcić opinii równą troskliwość przy wygotowaniu, jak ścisłości w przeprowadzeniu metod badania. Aby zaś potrzebie badania odpowiednio uczynić zadosyć, trzeba wiedzieć, dlaczego się bada, trzeba przed przystąpieniem do badania właściwe postawić pytania. Od postawionego pytania, określającego dokładnie przyczynę badania, zależy kierunek badania i wybór metody, i z tego powodu musi znawca dokładnie i ściśle wywiedzieć się o powodach, dla których badania zażądano.

Przystępując do badania produktu spożywczego, trzeba zdać sobie sprawę, o ile przedłożony produkt odpowiada własnościom normalnym, jeśli zaś ich nie posiada — wyjaśnić, o ile od nich się różni i jakie tego mogą być przyczyny. Na pytania te odpowie tylko ten, kto zna dobrze własności produktów spożywczych, zna sposoby ich fabrykacyi, wie, jakie przy wyrobie normalnym zachodzić mogą nieprawidłowości, jakie materyały zastępcze i pomocnicze bywają używane, jakim wpływom i zmianom podlega produkt podczas przechowywania i czem się one objawiają, na czem zasadzają się praktykowane w przemyśle i handlu nierzetelności i zwyczaje handlowe. Te wiadomości łącznie ze znajomością składu chemicznego poszczególnych produktów pozwalają dopiero na dobrą oryentacyę co do kierunku badania i stanowią istotę prawdziwego znawstwa w dziedzinie omawianej. — Jeżeli uprzytomnimy sobie obfitość produktów spożywczych, jakich dostarcza rolnictwo i przemysł, jeśli sobie zdamy sprawę z różnorodności przemysłu, dostarczającego artykuły spożywcze i przedmioty użytku, z różnorodności zwyczajów handlowych w poszczególnych dziedzinach odnośnego handlu, z tego, że produkcya wielu artykułów nie odbywa się w kraju i nie zawsze da się kontrolować, dopiero wtedy zrozumiemy, jak rozległej i wielorakiej wiedzy wymaga znawstwo w zakresie żywności i najważniejszych przedmiotów użytku. A wiedza w tym względzie nie jest zamknięta, bo przemysł pracuje stale nad tem, by bądź nowe stwarzać artykuły, bądź ulepszać lub stwarzać tańsze sposoby wytwarzania znanych produktów, by wyzyskiwać nieużywane lub mało znane dotychczas surowce; bo nieuczciwy przemysł i handel umieją postęp nauk ścisłych i technicznych równie dobrze zaprządz do swoich celów, jak przemysł uczciwy. Dla znawcy w omawianym zakresie urasta przez to obowiązek ciągłego kształcenia się w tym szczególnym kierunku i śledzenia za rozwojem przemysłu. Czy jest to możliwe bez znajomości języków obcych?

Nadużycia w przemyśle i handlu produktami spożywczymi zniewoliły rządy państw kulturnych do stworzenia ustawodawstwa, regulującego wyrób i handel produktów spożywczych i niektórych przedmiotów użytku w celu ochrony zdrowia i finansowej konsumentów, do stworzenia specyalnych ustaw i rozporządzeń co do poszczególnych artykułów żywności. Ustawodawstwo to wprowadziło szereg pojęć dawniej nieznanych lub niejasno określonych, które w zastosowaniu do poszczególnych produktów spożywczych kwalifikują ich wyrób, przechowywanie i sprzedaż jako czyny karygodne. Obok zdawałoby się jasnych i dla każdego łatwo zrozumiałych pojęć fałszerstwa, zepsucia i szkodliwości dla zdrowia, wprowadziły omawiane ustawy pojęcia dalsze, jak podrobienie, sprzedaż pod fałszywem oznaczeniem, ukrócenie w wartości spożywczej. Pojęcia te znalazły należyte wyjaśnienie i uzupełnienie w rozlicznych zasadniczych wyrokach sądów najwyższych odnośnych państw kulturnych. Zastosowanie tego ustawodawstwa nie da się pomyśleć bez wybitnego współudziału znawstwa, które sędziemu daje dopiero podstawę do wydawania wyroków. Dlatego też od znawcy wymagać się musi dokładnej znajomości tego specyalnego ustawodawstwa i umiejętności stosowania i interpretacyi jego pojęć.

Jak ważną rolę odgrywa znajomość tych dziedzin znawstwa żywności, leżących poza znajomością metod analitycznych, przekonać może dopiero praktyka, wśród której znawca narażony jest bardzo często na to, że opinie jego pragnie się wyzyskiwać do celów, sprzecznych z interesem publicznym. W tych przypadkach prawdziwe znawstwo łącznie z niezależnością i siłą charakteru pozwoli znawcy tak ujmować swe opinie, by zapobiedz nadużyciu ich do celów niewłaściwych.

Żądanie specyalnych wiadomości poza znajomością metod analitycznych i pewnego w tej mierze praktycznego przygotowania od znawców, czynnych publicznie wobec władz, znajduje swój wyraz w wymaganiu specyalnych studyów, zakończonych egzaminem dyplomowym wobec komisyi rządowej we wszystkich państwach, które wprowadziły u siebie umiejętny nadzór nad żywnością. W tym celu zorganizowano przy uniwersytetach specyalne studyum dla znawców żywności, dostępne dla starszych kandydatów chemii, obeznanych w ogólnych metodach analitycznych na podstawie najmniej dwuletnich zajęć w pracowni.

Na podstawie tego, co w powyższem starałem się wyłuszczyć, łatwo wysnuje każdy wniosek, jak zapatrywać się muszę na podręcznik, w którym autor ocenie produktów spożywczych i przedmiotów użytku bardzo niewiele poświęcił miejsca i poza metodami analitycznemi inne bardzo ważne dziedziny wiedzy, składające się na znawstwo w tej dziedzinie, zupełnie pominął, choćby podręcznik ten, jak podkreślić pragnę, posiadał wiele zresztą zalet. Niechaj autor podręcznika nie weźmie mi tego za złe, jeśli otwarcie przestrzegę przed występowaniem w roli znawcy żywności, zwłaszcza w sądach i u władz administracyjnych, wyłącznie na podstawie tego tylko podręcznika; lecz jak najgoręcej zalecę, by kandydaci na znawcę żywności przygotowywali się odpowiedniem obszernem studyum przy użytkowaniu obcych podręczników oraz przez dostatecznie długą praktykę w praktycznie czynnym na tem polu zakładzie publicznym. Mam wiele podstaw do twierdzenia, iż pobieżne i złe orzecznictwo w tak niejednokrotnie trudnej i drażliwej dziedzinie, jak nadzór nad żywnością, nieraz więcej szkody przynieść może, niż pożytku.

Na usprawiedliwienie braków podręcznika w dziedzinie oceny znajduję jedno usprawiedliwienie, brak odpowiedniego ustawodawstwa w dziedzinie przemysłu i handlu artykułami żywności w Królestwie, skąd podręcznik ten wyszedł. Brak publicznej kontroli nad żywnością w Królestwie i brak podstaw ustawowoprawnych nie pozwala zebrać dostatecznej ilości spostrzeżeń nierzetelności i zaniedbań na tem polu, zwłaszcza zaś znawcy, czynnemu w charakterze przygodnym i prywatnym, nie urzędowym — nie mógł też przyczynić się do uwzględnienia w podręczniku tych licznych pojęć, kwalifikujących karygodność wobec sądu, jakie utarły się już w państwach o wyrobionym nadzorze i ustawodawstwie. Wraz z samodzielnością państwową i stworzeniem ustawodawstwa dla nadzoru nad żywnością na wzór zachodni stworzy zapewne nowe państwo polskie odpowiednie warunki do umiejętnego nadzoru nad żywnością i do wytworzenia się specyalnego zawodu znawców żywności. Że na wytworzenie się tego nowego zawodu wpłynie sposób ustawowego ujęcia tej materyi oraz sposób organizacyi nadzoru nad żywnością, nie potrzebuję zaznaczać; — temat to odrębny i pozostający w luźnym związku z oceną książki omawianej.

Gorąco życzyć należy Królestwu, by przy organizacyi tego, dla zdrowia publicznego nader ważnego działu opieki społecznej, jak niemniej dla stworzenia nowego zawodu, oparło się na doświadczeniu obcem — uniknie wtedy wielu przykrych doświadczeń i rozczarowań.

L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 14. VI. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 30.

1) Przewodniczący kol. Piltz wita zaproszonych gości: przedstawicieli rządowego Zakładu odbudowy kraju, członków krakowskiego Towarzystwa technicznego, oraz obywatelskiego Komitetu odbudowy wsi i miast.

2) Kol. Janiszewski wygłosił wykład: **O wymogach zdrowotnych przy odbudowie kraju.** Prelegent udowadnia, że wymogi zdrowotne stać powinny na pierwszem miejscu przy odbudowie kraju. Ostatecznym celem odbudowy kraju jest wyrównanie szczerb, zadanych nam przez wrogów, uzupełnienie znacznego ubytku ludności, poprawa jakościowego jej składu, wzmocnienie fizyczne i zahartowanie oraz zabezpieczenie na przyszłość przed niepotrzebnemi stratami. Za postawieniem wymogów zdrowotnych na pierwszem miejscu przemawia także znaczne upośledzenie Galicyi na tem polu, co prelegent udowadnia cyframi, przyczem okazuje się, że najgorzej pod względem zdrowotnym przedstawiają się w Galicyi miejscowości o 500—2000 mieszkańców, które są najobfitszem źródłem, z którego odradza się nasz naród. Można cyfrowo udowodnić, jakie ekonomiczne straty ponosi kraj wskutek tak złych stosunków higienicznych. Nawet ze strony nielekarskiej podnoszono w Niemczech potrzebę większego uwzględniania wymogów zdrowotnych przy odbudowie kraju. Na dowód, jak wielki wpływ na zmniejszenie się śmiertelności wogóle i śmiertelności osesków wywierają dobre mieszkania i należycie urządzone osady ludzkie, przytacza prelegent dane statystyczne, tyczące się miast-ogrodów w Anglii.

Wymogi zdrowotne przy odbudowie kraju ująć można w trzy główne działy: I. Wymogi zdrowotne, zawarte w stosunkach budowlanych. II. Dostarczanie ludności dobrej wody do picia i użytku domowego w dostatecznej ilości, odprowadzanie wód zużytych i nieczystości oraz osuszanie wilgotnych miejscowości; tu należy również regulacya rzek i zabezpieczenie miejscowości przed powodzią. III. W końcu urządzenia i instytucye, mające na celu wzmacnianie, zahartowanie ludności, uczynienie jej dzielniejszą i odporniejszą.

Główne braki naszych ustaw budowianych są następujące: 1) za mało uwzględniają plany regulacyjne i rozbudowę miast i mniejszych miejscowości, 2) nie uwzględniają dostatecznie udziału lekarza w komisyach budowlanych, 3) koszta administracyjne, wypływające z ustaw, niesłusznie obciążają ludność, 4) przy budowie domów nie uwzględniają ustawy dostatecznie izb mieszkalnych i powierzchni, która przypaść musi na jednego mieszkańca, nie dają dokładnych wskazówek co do urządzenia ustępów, łazienki, gnojowisk, śmietnisk, podwórzy i stajen, 5) tok instancyi, szczególniej jeżeli chodzi o przekroczenie ustawy budowlanej i kary, jest zbyt długi, 6) brak ustawowo uregulowanego nadzoru nad mieszkaniami. Prelegent nietylko wytyka braki tych ustaw, ale podaje też wszystko to, na co ustawy zwracać powinny uwagę, żeby odpowiedzieć wymogom zdrowotnym, a uwagi swoje opiera na długoletniem własnem doświadczeniu na tem polu.

Przechodząc do drugiej części wymogów zdrowotnych, domaga się utworzenia »krajowej centrali wodnej«, obejmującej wszystkie sprawy, tyczące się dostarczania wody, sprawy kanalizacyi, osuszenia miejscowości, regulacyi rzek i zabezpieczenia kraju przed powodziami.

W ostatniej części omawia urządzenia i instytucye w związku z odżywianiem się ludzi, urządzenia szpitalików gminnych, domów ludowych; obszerniej omawia sprawę kąpieli ludowych, zalecając jako typ takich kąpieli natryski, i sprawę wolnych przestrzeni w miastach, prostując fałszywe pod tym względem pojęcia. Mówi o półkoloniach, letniskach, ogrodach tanich, opiekach przeciwgruźliczych, ochronkach i odpowiedniem ugrupowaniu tych instytucyi. W końcu zwraca uwagę na dobrą komunikacyę, na popieranie harcerstwa (skauting) i odpowiednie urządzenie biur sanitarnych po większych miastach i w miasteczkach powiatowych. Trzeba przekonać zarządy gminne i rząd o konieczności, by wydatki na działalność zapobiegawczą stopniowo zastępowały wydatki, pochodzące z braku przewidywania. Kończy hasłem: Każdemu mieszkańcowi Polski: prawo do słońca, ruchu, światła i czystego powietrza; przynajmniej 100 litrów dobrej wody dziennie, jedna kąpiel tygodniowo i 5 m^2 przestrzeni w mieszkaniu.

W dyskusyi nad odczytem a) kol. Ciechanowski podniósł szerokie podstawy, na których prelegent oparł swój wykład, wypełniony mnóstwem bardzo cennych szczegółów, oraz zaproponował uchwałę następujących postulatów:

1) Konieczny jest udział lekarzy tak w Centrali krajowej dla gospodarczej odbudowy Galicyi, zwłaszcza w jej dziale budowlanym, jak i w Radzie przybocznej, a to z głosem stanowczym.

2) Już od początku odbudowy kraju powinnyby być wprowadzone reformy ustaw budowlanych; gdyby to było niemożliwe, należałoby przynajmniej drogą tymczasowych rozporządzeń wady tych ustaw poprawić, t. j. zmodernizować je odpowiednio do dzisiejszych wymogów zdrowotnych.

3) Konieczne jest od początku odbudowy położenie jak największego nacisku na dostarczanie ludności dobrej wody i urządzeń asanacyjnych, a działający w tym zakresie oddział Centrali powinien po ukończeniu właściwej odbudowy stać się samoistną krajową Centralą dla spraw wodnych i kanalizacyjnych, rozporządzającą znacznymi funduszami.

4) W całej odbudowie należy dążyć do stworzenia w każdej gminie publicznych budynków, placów i t. d. dla instytucyi, mających znaczenie zapobiegawcze.

Postulaty powyższe powinno przedłożyć Towarzystwo Namiestnictwu pisemnie, a przedstawić przez swych delegatów JE. Namiestnikowi.

b) Radca dworu inż. Ingarden twierdzi, że lepsze jest często wrogiem dobrego. Obraz nędzy, jaki kraj przedstawia (112 zburzonych całkowicie miasteczek, 680 wsi) oraz środki, jakimi dla celów odbudowy rozporządzamy, nie pozwalają nam być pewnymi, o ile to, co się obecnie stwarza, lepszem będzie od tego, co było. Tembardziej, że chłopi nie zawsze życzą sobie tej zmiany na lepsze. Dążeniu do poprawy warunków zdrowotnych przy odbudowie kraju można przyjść na rękę wywieraniem pewnego przymusu przy dawaniu subwencyi. Towarzystwo lekarskie powinno się zwrócić do rządu, aby lekarz był doradcą w Centrali, a następnie swe postulaty higieniczne publikować.

c) Inż. Adelman zwraca uwagę na konieczność wychowania techników w sprawach higienicznych. Nie mamy mianowicie dotychczas specyalistów pod tym względem, t. zw. zagranicą »inżynierów zdrowia«. Wprawdzie mówca widzi wielkie trudności przy odbudowie kraju, sądzi jednak, że należy budować osady lepsze, niż to, co uległo zniszczeniu.

d) Ks. kan. Caputa sądzi, że przy odbudowie trzeba mieć na oku postęp. Środki pomocnicze przy odbudowie kraju upatruje w reformie ustawy komasacyjnej oraz w daniu możności zarobkowania.

e) Kol. Bier zaznacza również konieczność komasacyi dla odbudowy kraju. Sądzi, że bardzo ważną jest sprawa centrali wodnej i kanalizacyjnej. Słuszne jest żądanie p. inż. Adelmana pogłębienia wiedzy technicznej. Wreszcie zwraca mowca uwagę na wielkie znaczenie higienicznego wykształcenia nauczycielstwa.

f) Inż. Zaczek uważa za myśl niemal rewolucyjną — żądanie pod parcelę 25×50 m, czyli $^1/_4$ morga gruntu, co dla większości jest niedostępne. Zaznacza dalej, że żądanie 100 litrów wody na głowę dziennie jest nazbyt duże, oraz że ilość tę należy wedle miejscowych warunków ustalić.

g) Kol. Rosner podnosi wielką wagę praktyki, bez której żadna nauka niema znaczenia. Pod względem higieny przedewszystkiem przykładem świecić powinny instytucye rządowe, do tego trzeba jednak stałych funduszów na cele konserwacyi.

h) Kol. Momidłowski zaznacza, że chociaż p. radca dw. Ingarden rozwiewa nadzieje co do wielkiej władzy Centrali odbudowy kraju, to już przez sam nacisk na przestrzeganie ustaw zdziałać można bardzo wiele. Sądzi przytem, że trzebaby pomyśleć o domach czynszowych na wsiach, gdyż nie wszystkich stać na dom własny.

i) Kol. Ciechanowski podkreśla, że obowiązkiem przedstawicieli nauki jest wskazywać w całej rozciągłości cele, do których należy zdążać.

k) Kol. Janiszewski w odpowiedzi na zarzuty inż. Zaczka, że wielkość parceli budowlanej m. 25×50 jest nazbyt duża, zaznacza, iż wynika ona poprostu z obliczenia. Żeby zadość uczynić wymogom istniejącej ustawy co do oddalenia budynku od granicy sąsiada i wzajemnego oddalenia budynków od siebie, parcela budowlana musi mieć takie wymiary. Zarzut rewolucyjności odnieść można w takim razie chyba do istniejącej starej ustawy. Drugi zarzut, że żądanie 100 litrów wody na głowę jest

nazbyt wygórowane, bo u nas mniej wody używają, nie wytrzymuje krytyki. Prelegent stawia żądanie na przyszłość, dziś ludność bowiem używa za mało wody. Na wywody radcy dworu Ingardena należy jak najenergiczniej zareagować. Cała ludność domaga się najusilniej, aby odbudowa kraju stworzyła inne, lepsze warunki, niż przed wojną. Kraj, który tyle ofiar poniósł wskutek wojny, ma prawo domagać się tego. Ludność nie ścierpi tego, by ją traktowano gorzej od innych i potrafi się upomnieć o swoje prawa. Galicya po odbudowie nie może być podobna do Galicyi przed wojną, leży to zarówno w interesie kraju, jak i państwa. Nasz włościanin i mieszczanin domagają się sami lepszych stosunków, czego dowodem fakt, że na życzenie włościan powstaje już 200 domów, budowanych wedle wzorów, opracowanych przez obywatelski Komitet odbudowy kraju w Krakowie.

Po zamknięciu dyskusyi uchwalono wnioski kol. Ciechanowskiego. Sekretarz: Dr Borowiecki.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 2. V. 1917 posiedzenie, zagajone następującem przemówieniem prezesa: »Rocznica Trzeciego Maja jest w Polsce dniem hołdu dla zmartwychwstałego wówczas ducha obywatelskiego. Z rocznicą tą wiążemy więc i dziś hołd dla obywatelskiej cnoty i zasługi. Ofiarujemy najwyższą godność naszego Towarzystwa tym Kolegom, którzy do dawnych swych znakomitych zasług na polu naukowem i piśmienniczem dodali nowe wawrzyny w niedawno zakończonej dobie najcięższych przesileń swą pracą społeczno-obywatelską. Składamy im przytem życzenie, by się im jaknajrychlej otwarło szersze jeszcze pole tej pracy w Ojczyźnie wolnej i całkowicie zjednoczonej«. Następnie wśród aklamacyi zostali wybrani członkami honorowymi Towarzystwa: prof. Dr Kazimierz Kostanecki z Krakowa, prof. Dr Adolf Beck ze Lwowa, Dr Paweł Gantkowski z Poznania, prof. Dr Leon Kryński i doktorzy Maryan Jakowski, Józef Jaworski, Wacław Męczkowski, Józef Pawiński, Adam Puławski i Józef Zawadzki z Warszawy.

Następnie przedstawił prof. Latkowski leczone wstrzykiwaniami mleka przypadki ostrego gośćca stawowego, kamicy żółciowej i zapalenia ślinianek, oraz przypadek nowotworu w kącie mostkowomóżdżkowym; prof. Piltz przypadek 6 lat trwającej głuchoty histerycznej u mężczyzny, wyleczony prawie odrazu psychoterapią; prof. Rosner niezwykle rzadki przypadek zwisającej torbieli pochwy. Wreszcie Dr Michejda miał wykład: O zgorzeli gazowej jako zakażeniu przyrannem w dzisiejszej wojnie. W dyskusyach przemawiali Dr Glatzel, Michejda, prof. Kader, Latkowski, Nitsch i Piltz.

W najbliższą środę, 9. V., odbędzie się w Towarzystwie ankieta w sprawie zboczeń, wywołanych przez niedostateczne lub nieodpowiednie pożywienie, a w następną środę, 16. V., druga część wykładu prof. Godlewskiego i Dr Dadeja.

— Doc. Dr Janiszewski, naczelny lekarz miejskiego Urzędu zdrowia, zbiera statystykę obecnego stanu chorób wenerycznych w Krakowie zapomocą jednodniowego spisu chorych (bez podawania nazwiska). W tym celu rozesłał wszystkim lekarzom w Krakowie odpowiednie kartki statystyczne. Zwracamy uwagę, że statystyka ta ma objąć tylko tych chorych, którzy w dniu 15. maja b. r. znajdują się w leczeniu (choćby tego właśnie dnia nie przedstawili się lekarzowi).

— Na kursie o gruźlicy, urządzonym przez Wydział lekarski z końcem półrocza zimowego dla słuchaczy, kończących studya, prowadzili wykłady i zajęcia praktyczne prof. Nitsch, Ciechanowski, Jaworski, Latkowski, Rutkowski i doc. Janiszewski. (We wzmiance w poprzednim numerze zaszła pomyłka w korekcie).

Lwów. Walne Zgromadzenie Galicyjskiej Kasy dla cho-

rych lekarzy odbędzie się we Lwowie (ul. Lindego 5) w d. 26. V. o godz. 6 wieczorem.

Warszawa. Z inicyatywy Wydziału lekarzy sanitarnych w Towarzystwie higienicznem warszawskiem odbędzie się w Warszawie 29. i 30. VI. b. r. Zjazd higieniczny lekarzy prowincyonalnych. Program Zjazdu obejmuje: prawodawstwo sanitarne, stan zdrowotny kraju w latach 1914—1916, sprawę odbudowy kraju.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie zakłada Instytut higieniczny polski, którego podstawą będzie pracownia, złożona z 6 działów: chemicznego, bakteryologicznego, ekspertyz sanitarnych, sądowosanitarnego, anatomopatologicznego i hydrologicznego.

— »Przegląd pedyatryczny« wydał osobny zeszyt, poświęcony Dr Ludwikowi Andersowi na jubileusz 40-lecia pracy zawodowej. »Przegląd lekarski« przyłącza się całem sercem do wyrazów hołdu, składanych Czcigodnemu Jubilatowi w dniu tej pięknej rocznicy.

Z różnych stron. Doszedł do nas ostatni (grudniowy) zeszyt I rocznika, oraz podwójny zeszyt (Styczeń i Luty) II rocznika »Polskiego Miesięcznika lekarskiego«, wychodzącego w Kijowie. Pod względem naukowym przedstawia się »Miesięcznik« coraz obficiej i poważniej, jak dowodzą zamieszczone w tych 3 zeszytach rozprawy oryginalne; tytuły ich podamy w zwykłej rubryce bibliograficznej. Dział sprawozdawczy, obejmujący streszczenia prac głównie francuskich i angielskich, ale także już i polskich (z »Przeglądu« i »Gazety lek.«), jest, jak zwykle, bogaty i aktualny. Dalej, oprócz drobnych wiadomości lekarskich, znajdujemy sprawozdania z posiedzeń Polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie, ostatnie z 15. II. b. r., bibliografię, obejmującą już także prace polskie, wydane w Królestwie i Galicyi, w końcu urozmaiconą kronikę.

W kronice tej znajdują się obszerne wiadomości o tem, co się u nas działo od początku wojny, poczerpnięte z naszych czasopism lekarskich. Zaczynają się one następującem powitaniem: »Kto po tej stronie po paru latach przerwy bierze znowu Przegląd lekarski do ręki, ten nie może się oprzeć silnemu wrażeniu. Stary znajomy, nieodłączny towarzysz, »organ Polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie«, »organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Piotrogrodzie«, został tam strzedz skarbów wawelskiego grodu. Jednym tchem czytamy każdy numer od deski do deski, wczytujemy się w kronikę, w ogłoszenia, wpatrujemy się w papier martwy, chcielibyśmy go na wylot przeniknąć, chcielibyśmy tchnąć weń żywą duszę, ażeby nam zagrał na kresach hejnał z wieży Maryackiej«. Tętni w tych kilku słowach żywiołowa tęsknota; oby koniec wojny jaknajrychlej kres jej położył.

Doszły już do Kijowa wiadomości o I. Zjeździe polskiej medycyny wojskowej, o krzątaniu się Warszawy około przygotowania ustaw sanitarnych Państwa Polskiego, o składzie Rady Stanu (wspomniano, że jedynym w niej lekarzem jest Dr Paweł Jankowski z Lublina), o powrocie jeńców-lekarzy z niewoli niemieckiej do Królestwa i t. p.

Naodwrót z »Miesięcznika« dowiadujemy się dalszych szczegółów o pracy i o losach naszych lekarzy »z tamtej strony«. A więc znajdujemy sprawozdanie z kursów sanitarnych Polskiego Komitetu pomocy sanitarnej, zamkniętych w grudniu 1916 po 2-miesięcznej działalności; znamienne ogłoszenie konkursu na pracę naukową z fundacyi Adama Chojnackiego, rozpisanego przez rosyjski uniwersytet, ewakuowany z Warszawy do Rostowa i gospodarzący tą polską fundacyą; wiadomość o zorganizowaniu Sekcyi lekarskiej przy Polskiem Kole naukowem w Moskwie, złożonej z 56 lekarzy, a mającej następujący zarząd: prezes prof. Świerzewski, wiceprezes Dr Jakimiak, sekretarz Dr Hryniewski, zastępca Dr Stefański, skarbnik Dr Grocholski, bibliotekarz Dr Żurakowski, delegat do Głównego Zarządu Dr Palmirski; wreszcie czytamy nazwiska lekarzy, wykładających na Wyższych Kursach naukowych polskich w Piotrogrodzie: prof. Dr Talko-Hryncewicz, a w Kijowie: doc. Dr Piasecki i doc. Dr Szumowski.

Odznaczeni: prof. Gliński i prof. Krzyształowicz w Krakowie krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa z dekoracyą wojenną.

Zmarli: Czesław Chęciński, wieloletni prosektor odeskiego szpitala miejskiego, od r. 1903—1909 docent anatomii patologicznej w uniwersytecie odeskim, autor wielu prac naukowych, z których najważniejsze dotyczą dżumy i cholery; w czasie wojny stanął na czele Komitetu polskiego w Odessie; Władysław Wiskontt, lekarz ziemstwa w Kostromie; Stefan Łuniewski w Stanisławowie; Ksawery Mikucki w Ternówce na Podolu; Franciszek Krąkowski z Warszawy, w armii rosyjskiej; Dr Wincenty Juliusz Morozewicz, b. naczelny lekarz szpitala w Radomsku w 56 r. ż. w Warszawie. (Polski Mies. lek.).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem odbędzie się we środę d. 9. **maja** 1917 o godzinie 6 wieczór **ankieta w sprawie zboczeń, wywołanych przez niedostateczne lub nieodpowiednie pożywienie,** a w następną środę **d. 16. maja** 1917 druga część wykładu prof. Dr Godlewskiego i Dr Dadeja: Spostrzeżenia nad durem osutkowym.

Walne Zgromadzenie Galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 26. maja 1917** o godzinie 6. wieczorem **we Lwowie** w lokalu Polikliniki powszechnej (ul. Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie za rok ubiegły, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Ewentualne wnioski członków. W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Przewodniczący: Dr Papée. Sekretarz: Dr Lilien.

Nadesłane.

KONKURS.

L. 1522.

Na mocy uchwały Rady przybocznej z d. 2. kwietnia 1917 r. Zarząd gminy m. Skole rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza miejskiego.

Płaca roczna wynosi 1200 koron. 288

Skole, 8. kwietnia 1917.

Komisarz rządowy:

Fedoryka.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVI. Kraków, 12. maja 1917. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z II. Oddziału chirurgicznego c. i k. Szpitala garnizonowego w Krakowie.
Prymaryusz: Doc. Dr Z. Radliński.

Znieczulenie lędźwiowe.

Podał

Dr Jan Ożga,

dyrektor szpitala w Turce n. Stryjem, c. i k. starszy lekarz.

(Dokończenie).

Z objawów ubocznych i następowych stwierdzaliśmy po wstrzyknięciu rozczynu wodnego tropakokainy do kanału lędźwiowego prawie u wszystkich operowanych:

1) Bladość twarzy, występującą w kilka minut po punkcyi, a znikającą w $1-1^1/_2$ godziny po operacyi, bardzo rzadko zaś dopiero po 5—6 godzinach.

2) Poty na czole na twarzy w kilkanaście minut po nakłuciu. Trwały one bardzo krótko i pojawiały się w nielicznych przypadkach.

3) Pragnienie, dosyć częsty objaw, szybko przemijający.

4) Pobudzenie do wymiotów w 11 przypadkach. Kazaliśmy takim chorym wykonywać głębokie oddechy i do wymiotów nie doszło.

5) Wymioty, krótko trwające, wystąpiły w czasie operacyi u 4 operowanych (1·6%). (Chorych operowano zawsze na czczo).

6) Zaburzenia w oddychaniu, które operowani określali jako »brak powietrza«, co nie trwało długo i nie w większem nasileniu, w 6 przypadkach (2·4%). Tylko u 2 operowanych w godzinę po operacyi wystąpiło tak silne uczucie braku oddechu, że popadli w stan silnego niepokoju, podniecenia i dopiero po podskórnem wstrzyknięciu morfiny uspokoili się, a zarazem przeminęło uczucie duszności.

7) Bezwiedne oddanie stolca nastąpiło u 3 chorych w czasie operacyi (z tych jeden miał uwięzłą przepuklinę pachwinową, która z chwilą przecięcia skóry bez naruszenia jeszcze głębszych tkanek cofnęła się). W 8 przypadkach odeszły bezwiednie gazy.

8) 11 operowanych określało w czasie operacyi swój stan słowami »jest mi źle«, nie mogąc podać, do czego to odnosili, przyczem objawiali uczucie lęku i pewną trudność utrzymania się w równowadze umysłowej.

Z objawów później spostrzeganych, gdy operowani znajdowali się już po operacyi w sali chorych, spostrzegaliśmy:

1. Dreszcze w 63 przypadkach (25·4%).

2. Podniesienie ciepłoty, której wahania wynosiły 37·4° do 38·8° w 80 przypadkach (32·2%). To podwyższenie ciepłoty trwało 1—4 dni, a pojawiało się częściej zaraz w pierwszym dniu po operacyi. Ciepłota w pierwszym dniu, wynosząca ponad 37°, zwykle jeszcze o jakiś ułamek wzrastała w następnym dniu, poczem zwolna opadała. Wzniesienia ponad 38° w pierwszym dniu, zazwyczaj już w drugim dniu opadały do 37°.

3. Bóle głowy są najczęstszym objawem. Spostrzegałem je w 135 przypadkach (a więc 54%). Występują w 2 do 6 godzin po operacyi, czasem w 2—4 dni później i trwają kilkanaście godzin, niekiedy i kilka dni. Nasilenie bolów było różne; operowani odczuwali je przeważnie w okolicy czołowej, rzadziej w tyłogłowiu. Opisywali te bóle jako głuche, jednostajnie się utrzymujące, zajmujące całą głowę, to jako ciśnienie w głowie, rzadziej jako »neuralgiczne«. Tylko u trzech chorych nasilenie bólów głowy doszło do większego stopnia. U jednego z tych (mającego zmiany w szczytach, wątłą budowę) po wycięciu wyrostka robaczkowego były bardzo silne bóle głowy w drugim dniu po operacyi przy ciepłocie, wahającej się między 37°—37·4° (przez 6 dni). Bóle głowy stawały się coraz silniejsze i połączone były z bredzeniem, choć chory twierdził, że zdaje sobie sprawę ze swych urojeń, ale nie może im się oprzeć. Bóle te trwały 8 dni, a potem przy słabszem nasileniu jeszcze tydzień. Ponieważ zimne okłady, pyramidon i t. p. środki nie łagodziły bólu, co tłómaczyłem sobie tem, że, zwiększając niedokrwienie mózgu, raczej podtrzymują bóle, przeto zaleciłem ciepłe okłady na głowę i to miało lepszy skutek. U drugiego chorego (zmiany w szczytach płuc) po wycięciu wyrostka robaczkowego były bardzo silne bóle głowy, apatya, przygnębienie, a przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Stan taki utrzymywał się 10 dni, a morfina sprowadzała chwilowe, nieznaczne złagodzenie. U trzeciego chorego, silnie zbudowanego, ale bardzo bladego (w sercu, płucach i nerkach nie było żadnych zmian), operowanego z powodu przepukliny pachwinowej, bardzo silne bóle głowy, w drugim dniu, z wymiotami, 3 dni utrzymującemi się i ciepłotą do 38·2°. Trwało to 7 dni, poczem gorączka opadła, bóle zaś głowy ustały w 12 dni. Świadomość przez cały czas utrzymana, a leczenie polegało na stosowaniu okładów z lodu, morfiny podskórnie i proszków, które zwykle podawaliśmy przeciw bólom głowy (fenacetyna z aspiryną i kofeiną).

4. Bóle w krzyżach, trwające do 7 dni, podawali operowani w 53 przypadkach (21·3%).

5. Silniejszy ból w miejscu rany operacyjnej, który uśmierzaliśmy podskórnem wstrzyknięciem morfiny, podawali przeważnie operowani z powodu przepukliny lub zapalenia wyrostka robaczkowego w 32 przypadkach (12·9%).

6. Zatrzymanie moczu, utrzymujące się od 3—7 dni, wystąpiło u 8 (t. j. 3·2%) operowanych z powodu przepukliny pachwinowej lub guzów krwawniczych odbytnicy.

7. Objawy nieżytowego zapalenia oskrzeli i ogniskowego zapalenia płuc oprócz towarzyszących z innych objawów ubocznych tylko bolów głowy stwierdziliśmy 9 razy. Z tego: u 3 operowanych zapalenie płuc z nieco krwawo

Zestawienie przypadków, zoperowanych w znieczuleniu lędźwiowem.

Nazwa choroby	Dawka i liczba przypadków					Nazwa operacyi	Liczba
		0·07	0·08	0·09	0·10		
Appendicitis		2	30	2		Appendectomia	34
Aneurysma arter. ventriculi			3	1		Exstirpatio, ligatura vel sutura circularis et lateralis	4
Carcinoma ventriculi			4			Resectio ventriculi, vel exclusio ventriculi et gastroenteroanastomosis	4
Coxitis		1	2			Resectio coxae	3
Cystitis			3			Cystoscopia	3
Dilatatio ventriculi				1		Gastropexis	1
Empyema thoracis			1			Resectio costae	1
Fistula ani	2	1				Excisio in toto	3
Fractur. femoris male san.			1			Osteotomia	1
Gangraena pedis		1				Amputatio cruris	1
Hernia epigastrica cum hydrocele .				1		Operatio plastica et operatio m. Volkmann . . .	1
Hernia femoralis				2		Operatio radical. modo Kader-Radliński	2
Hernia muscularis		1				Operatio plastica (implantatio fasciae)	1
Hernia inguinalis		3	71	24		Bassini unilater., bilateralis. Bassini cum appendectomia. Bassini cum appendectomia et resectione vasorum funiculi spermatici	98
Hernia ventralis				1		Operatio radicalis	1
Haemorrhoides	1	12	9			Operatio modo Withead	22
Hydrocele cum varicocele	2	4				Operatio m. Volkmann, resectio vasorum, castratio .	6
Ileus ex appendicitide				1		Appendectomia, debridement adhaesionum	1
Laesio nervorum			6			Sutura nervi, tubulisatio; neurolysis	6
Lipoma magnum exulcer.	1					Exstirpatio	1
Mus intraarticulare	1	1				Arthrotomia, extractio corporis alieni	2
Occlusio interna			2			Laparotomia, detorsio, sutura intestini	2
Osteomyelit. tib. vel fem.		2	7	1		Sequestrotomia	10
Osteoma femoris			1			Osteotomia	1
Peritonitis tbc.	1	1	2			Laparotomia	4
Pseudoarthrosis tibiae				1		Operatio osteoplastica (Implantatio ossis)	1
Sarcoma testis			1			Castratio	1
Spina calcanei	1					Osteotomia	1
Struma				3		Strumectomia	3
Tbc. coeci				1		Resectio coeci	1
Tbc. ossis sacri			1			Resectio partialis ossis sacri	1
Tbc. testis		1	1			Castratio	2
Ulcus duodeni				1		Exclusio pylori, gastroenteroanastomosis	1
Ulcus ventriculi			1	1	1	Exclusio pylori, gastroenteroanastomosis, debridement et appendectomia	3

Nazwa choroby	Dawka i liczba przypadków					Nazwa operacyi	Liczba
		0·07	0·08	0·09	0·10		
Varices cruris			4	1		Ligatur. venae saphenae, exstirpatio nodorum et operatio modo Rindfleisch	5
Varicocele et diastasis canalis inguinalis			3	1		Resectio vasorum fun. sperm. Sutura aponeuros. can. ing. modo Girard, amputatio scroti	4
Prolapsus ani			1			Operatio modo Thiersch	1
Vulnus sclopetar.	1	1	2			Extractio sclopeti	4
							241

zabarwioną plwociną, u których przed operacyą stwierdzono zmiany nieżytowe w szczytach płuc; u reszty zaś operowanych, w wieku ponad 40 lat, wystąpiły objawy ostrego rozsianego nieżytu oskrzelowego z gorączką do 38·5, z tych zaś jeden miał białko w moczu przed operacyą (przebywał zapalenie nerek), nie miał jednak żadnych obrzęków.

8. W jednym przypadku, a dotyczyło to 40-letniego nauczyciela, operowanego z powodu guzów krwawniczych odbytnicy, wystąpiły w kilka dni po operacyi silne bóle w kończynach dolnych, które operowany określał jako »rwanie«, napadowo występujące o takiem nasileniu, że musiano je uśmierzać morfiną. W 2 tygodnie po operacyi objawy niedowładu kończyn dolnych, tak że chory przy pomocy lasek nie mógł chodzić, a okazywał drżenie całego ciała, gdy z największym wysiłkiem zdołał zaledwie powłóczyć nogami. Próba Wassermanna wypadła ujemnie, a badanie neurologiczne stwierdziło stan neuropatyczny, najprawdopodobniej na tle przewlekłego nieżytu i niedowładu jelit. Po 6 tygodniach objawy te ustąpiły.

9. Wreszcie u 2 chorych po wyjęciu wyrostka robaczkowego powstały skutkiem utrzymującego się znieczulenia powłok brzusznych oparzenia II stopnia na brzegach kości biodrowych przez zastosowanie termoforu na brzuch dla złagodzenia bólów.

Te liczne, spostrzegane przez nas uboczne objawy występują często po kilka u tego samego operowanego. Gdy zaś niektóre z nich przy większem nasileniu wśród pewnych warunków mogą być groźne dla życia, przeto liczni autorowie podają przeciwwskazania dla tej metody znieczulania. Do tych przeciwwskazań należą: choroby samego rdzenia, choroby kręgosłupa i skóry w okolicy kręgosłupa (wyprysk, czyraki, ropnie, ropówka i t. p.); histerya; stany nerwowe, w których silnie zaznacza się podniecenie; większa wrażliwość; schorzenia mięśnia sercowego; niewyrównane wady zastawek; przewlekłe schorzenia nerek z obrzękami; długotrwałe bóle głowy (Döderlein); niedokrwistość większego stopnia. Zdaniem licznych operatorów nie należy stosować znieczulenia rdzeniowego u dzieci do 15. roku życia, w okresie zaś 15—18 lat u osobników wątłych, delikatnie zbudowanych. Nie należy także w znieczuleniu lędźwiowem wykonywać mniejszych zabiegów operacyjnych, n. p. z powodu ropnia, ropowicy, stulejki, kaszaków, tłuszczaków, wyłuszczenia palca, wyskrobania tkanki, bo miejscowe znieczulenie w tych przypadkach wystarcza.

Dla celów rozpoznawczych używaliśmy znieczulenia lędźwiowego przy cystoskopii w ciężkich schorzeniach pęcherza moczowego (n. p. owrzodzenia gruźlicze), gdy pojemność pęcherza wynosi zaledwie 25—30 cm sz. W znieczuleniu lędźwiowem mogliśmy wprowadzić do 130 cm sz. wody borowej i wygodnie wykonać badanie cystoskopem.

Odliczywszy te przypadki, w których znieczulenie lędźwiowe nie może być stosowane lub nie powinno być używane, — zostaje długi szereg takich, w których powinniśmy się niem posługiwać dlatego: 1) że technika jego jest prosta, 2) że potrzeba mniej osób do przeprowadzenia operacyi (co jest ważne, gdy się nie rozporządza dostateczną liczbą wyćwiczonych asystentów, n. p. w szpitalach prowincyonalnych, 3) że pozwala porozumiewać się z operowanym w celu uzyskania jego zgody dla koniecznego rozszerzenia zabiegu operacyjnego, 4) że ze względu na małą ilość spotrzebowanego środka, jest to znieczulenie oszczędne. Jako środka znieczulającego najstosowniej używać tropakokainy, która jest trzy razy mniej trującą (Custer) od kokainy.

Nauka pisma lewą ręką.

Podał

Dr Adolf Klęsk,

szef głównego szpitala rezerwowego c. k. Szkoły inwalidów w Krakowie.

Konieczność uczenia amputowanych i porażonych inwalidów pisma lewą ręką dozwoliła nam poczynić przy tem wiele ciekawych spostrzeżeń, które podaję poniżej.

Co do samej techniki nauki, to jest ona następująca: Przedewszystkiem dzielimy uczniów na dwie grupy, t. j. analfabetów i takich, którzy przed utratą władzy w ręce prawej umieli pisać dobrze.

Analfabetów leworęcznych[1]) uczymy tak samo, jak praworęcznych, a nawet chodzą oni razem na naukę z praworęcznymi i zwykle czynią te same postępy w nauce, co praworęczni. Daje im się tylko odpowiednie trzymadła zeszytów i miękkie, t. zw. kulkowe pióra.

Inaczej natomiast przedstawia się sprawa co do tych, którzy przedtem umieli pisać. O ile analfabeta cieszy się postępami w nauce, o tyle leworęczny, który dawniej pisać umiał, z początku coraz to więcej się rozgorycza. Dawniej umiał pisać prędko i dobrze, obecnie musi zaczynać wszystko na nowo, zniechęca się też szybko i trzeba ciągle wzmacniać go na duchu, by nie ustał w pracy. Tutaj zaraz dodam, że amputowani uczą się lepiej, niż porażeni po stronie prawej, względnie pozbawieni sprawności ruchów, co tłómaczymy sobie tem, że amputowany czuje doskonale, iż już kończyny prawej nie ma, pozbawiony zaś władzy w kończynie prawej łudzi się ciągle, że przecież tą kończyną będzie jeszcze władać. Jest to tak typowe, że wpada w oczy wszystkim współpracującym ze mną nauczycielom. Może największe trudności mają do zwalczenia porażeni prawostronnie połowiczo, co tłomaczyćby sobie można także t. zw. apraksyą ręki lewej i hamującym odruchem strony prawej.

Uczymy leworęcznego pisma tych, którzy dawniej umieli pisać ręką prawą, na dwa sposoby: 1) od początku jak małe dzieci, 2) odrazu przystępujemy do wyrazów i wierszy.

Kiedy stosować którą z tych metod? O ile uczeń jest cierpliwy i chętny do pracy, bezwarunkowo lepiej zacząć z nim

[1]) Dla objaśnienia dodaję, że określenia »leworęczny« używam także o takich, którzy z konieczności muszą kształcić sobie lewą kończynę górną.

naukę od początku. Pismo wtedy wyrabia się znacznie lepsze, łatwiej nauczyć pochyłego kierunku i t. p. Natomiast u osób niecierpliwych i więcej inteligentnych musimy nieraz z tego zrezygnować i pozwolić im odrazu pisać całe wiersze. U porażonych połowiczo jest natomiast konieczny sposób pierwszy. Równocześnie rozpoczynamy u nich ewentualnie naukę mowy. W leczeniu niemot urazowych nauka pisma lewą ręką odgrywa ze znanych powodów tak ważną rolę, że, zdaniem mojem, uczenie samej mowy bez nauki pisma (nawet u ludzi, którzy mogą jako tako pisać prawą ręką) wolniej i gorzej wiedzie do celu.

Śledząc postępy w nauce, odróżnić możemy wyraźnie trzy okresy: 1) okres zupełnego bezładu, ataksyi, 2) okres pisma sztywną zupełnie ręką, 3) okres pisma swobodnego ręką, zupełnie w przednich częściach ruchomą. Dla lepszego wyjaśnienia podam tu kilka uwag o technice pisma wogóle[2]).

Pisząc na papierze, wykonywamy następujące ruchy: opracowywanie pojedynczych liter, dalej wyrazów, a wreszcie tworzenie wierszy. Pierwsze ruchy wykonują palce, drugie sama ręka, trzecie przedramię. Uczący się pisać lewą ręką, zwłaszcza sposobem drugim (odrazu całe słowa), pisze wyrazy ręką zupełnie aż do łokcia sztywną, jakby protezą. Nie potrafi on napisać dłuższego wyrazu bez oderwania ręki od papieru. Wielu leworęcznych zadowalnia się tem, że nauczą się pisać dobrze ręką, sztywno po papierze prowadzoną. Rzadko kto natomiast doprowadza do okresu trzeciego, t. j. by pisał tak samo swobodnie ręką lewą, jak prawą, t. j. ręką w przednich częściach zupełnie ruchomą bez odrywania jej w środku wyrazów. Dodać tu jeszcze muszę, że leworęcznemu sprawią trudności przesuwanie przedramienia od strony lewej ku prawej, ruch ten jest bowiem dla ręki lewej niefizyologiczny w przeciwieństwie do ręki prawej. Pisanie lewą ręką kredą na tablicy idzie bardzo łatwo, albowiem wykonywamy przy tem tylko grube ruchy w stawie łokciowym i barkowym, a nawet całem ciałem przy tworzeniu wierszy.

Jak prędko można się nauczyć pisać lewą ręką? Jeżeli ktoś zadowalnia się wspomnianym powyżej drugim okresem, to wystarczy na to przy niezbyt nawet usilnej pracy 8—14 dni. Natomiast pisać lewą ręką zupełnie swobodnie (prędkość pisma nie wchodzi tu w rachubę, bo jedni piszą zawsze wolno, inni znowu prędko), t. j. ręką w przednich częściach ruchomą, nauczyć się można najwcześniej po miesiącu, i to uważnej i usilnej pracy. Kto umiał przedtem pisać ręką prawą, popełnia z początku często t. zw. błędy lustrowe. Jak wiadomo, lewa ręka ma skłonność do pisma lustrowego; otóż skłonność ta objawia się często w początkach nauki. Trudno jest n. p. kierować ogonki pod ę i ą we właściwą stronę, dobrze kreślić literę z, laski przy d pisze się nieraz przeciwnie i t. p. Z ilości i jakości tych błędów poznać może nauczyciel, jak dawno mniej więcej uczeń już uczy się pisać lewą ręką.

Czy nauka pisma lewą ręką może mieć jeszcze jakie inne lecznicze zastosowanie? Owszem, i to bardzo ważne. Prócz niemot, oddaje ona cenne usługi przy kurczu pisarskim, leczeniu jąkania u ludzi leworęcznych, dalej przy leczeniu apraksyi.

Co do kurczu pisarskiego, to niestety zdarzają się przypadki, że kurcz ten zjawia się potem i w ręce lewej. Przemawiałoby to za tem, że przy nauce pisma lewą ręką, zwłaszcza w razie zupełnie sprawnego ośrodka pisma w lewej półkuli, nie wyrabia się nowego ośrodka w półkuli prawej, lecz raczej drogi spoidłowe.

Co do leczenia leworęcznych jąkających się, z pomocą nauki pisma lewą ręką, to zasada tego leczenia jest następująca. Wiadomo, że u osób z natury leworęcznych ośrodek mowy leży zwykle po stronie prawej, ośrodek ten bowiem łączy się ściśle z ośrodkiem ruchów ręki sprawniejszej. Gdy dziecko leworęczne (a jest ich w szkołach 7—10%) przemocą uczymy pisać ręką gorszą (prawą), wtedy zjawia się nieraz t. zw. walka półkul, cechująca się niekiedy jąkaniem. Dowodzą tego statystyki, wykazujące, że między jąkającymi się jest 25% leworęcznych. Naukę pisma lewą ręką u mańkutów jąkających się gorąco swego czasu zalecił znany badacz leworęczności, Stier. Zwolennikiem tegoż sposobu jest też terapeuta mowy Gutzmann. Nadzwyczajne wprost wyniki osiągnął Clarus u dzieci, oniemiałych wskutek urazu lub porażenia, przez naukę leworęcznego pisma. I ja również w jednym przypadku u żołnierza, leworęcznego od urodzenia, a jąkającego się wskutek urazu, osiągnąłem wprost znakomity wynik wyłącznie tylko przez naukę pisma lewą ręką. W drugim znowu przypadku człowiek dość inteligentny zaczął się po amputacyi ramienia prawego w tej chwili jąkać. W miarę nauki pisma lewą ręką zaczęło jąkanie ustępować. Tego chorego rozmyślnie nie uczyłem w szkole dla jąkających się (prowadzi ją na moim oddziale prof. Gabryelski), aby śledzić czysty wynik.

Charakter pisma lewą ręką bywa nieco inny, jak dawnego prawą. Pismo to bywa zwykle czytelniejsze, niż pismo ręką prawą, a nieraz ładniejsze lecz ma wiele cech pisma dawnego.

Ja sam nauczyłem się dość prędko pisać lewą ręką, powoli jednak zaczynam dopiero pisać ręką, w przednich częściach ruchomą.

Dodać tu jeszcze muszę jedno ciekawe spostrzeżenie. Pewien żołnierz, przed wojną woźny bankowy, nauczył się przed wojną »dla rozmaitości« (jak się wyraził) pisać lewą ręką. Z powodu strzaskania ramienia wykonano w polu amputacyę, poczem przewieziony został do Krakowa. Tutaj podczas badania oświadczył mi ze zdumieniem, że obecnie prawie zupełnie nie umie pisać lewą ręką. Chorego tego przedstawiałem na posiedzeniu lekarzy wojskowych. Tłómaczę sobie ten fakt odruchem hamującym i ręki odjętej.

Nauka pisma lewą ręką oddaje cenne usługi. Jestem zdania, że w szkołach powinno się także stosować tę naukę, i to w ten sposób, by najpierw dziecko nauczyć pisać ręką prawą, a potem lewą (u mańkutów odwrotnie). Nie przeszkodzi to wcale w rozwoju jednej półkuli (co uważamy za szczyt kultury), a korzyści w dalszem życiu przynieść może bardzo wiele.

[2]) Obszerniej rozpatruję sprawy te w pracach: »Człowiek oburęczny«. Kraków 1915 i »Ein Beitrag zur Ausbildung beider Hände beim Menschen«. Krakau 1916.

Ręka prawa czy obie?

podał

Dr. Ludwik Doboszyński.

Nie mamy dokładnej statystyki mańkuctwa. Obliczenia wyrywkowe u dziatwy szkolnej podają ilość mańkutów na 1—2, ba nawet do 7%. Ten wysoki odsetek sprzecza się z codziennem spostrzeżeniem. N. p. na 1000 robotników kopalni węgla w Sierszy nie spotkałem się w ogóle z mańkutem. To też powyższe cyfry można tłomaczyć tem, że w wieku młodocianym istnieje okres chwiejności, który się później ustala na korzyść ręki prawej. Tę chwiejność można bardzo często zauważyć u niemowląt. Śmiało można twierdzić, że wśród osób dojrzałych odsetek mańkutów stanowi ułamek jednego procentu, a temsamem zjawisko to należy uważać za zboczenie. Zboczeniu temu towarzyszy stale przełożenie ośrodków mowy, pamięci słów, matematycznego myślenia, muzykalnego słuchu i świadomej uwagi do prawej półkuli mózgowej. U praworęcznych ośrodki te mieszczą się w półkuli lewej. Przełożenie to jest natury czynnościowej i trudno orzec, czy jest czemś, co mańkuctwo poprzedza, czy odwrotnie. Przed próbą postawienia jakiejś hipotezy, szukajmy, czy w ustroju ludzkim istnieją stosunki, które sprawiają, że rolę czynną objęła ręka prawa, zostawiając lewej tylko rolę pomocniczą.

Zostawiając na boku półkule mózgowe, przejdźmy do klatki piersiowej. Prawa jej połowa przez wypełnienie podatnem płucem znosi bez szkody codzienne lżejsze urazy, a urazy cięższe w złagodzonem natężeniu przeprowadza ku stronie lewej. Natomiast po stronie lewej mamy jędrny a najważniejszy narząd — serce. Urazy lewej połowy klatki piersiowej są zawsze niebezpieczniejsze, a w szczególności podnieść należy, że szkodliwość ta odnosi się i do urazów lekkich, codziennych. Wyjaśnia nam to stan patologiczny. Już przy najlżejszych zmianach w sercu odczuwają chorzy sensacye w tym narządzie nawet przy bardzo miernych wysiłkach ręki lewej, a przy zmianach średnio ciężkich odczuwają wprost dotkliwy ból. Zmniejszona podatność ściany lewej połowy klatki piersiowej stanowi pewne utrudzenie czynności serca, to też nadmierny rozwój mięśnia piersiowego dla tej czynności nie jest bez znaczenia.

Porównajmy te stosunki u człowieka ze stosunkami u zwierząt. U czworonogów położenie poziome klatki piersiowej

*) Uwagi niniejsze miały być odczytane na Zjeździe higienistów polskich we Lwowie w lipcu 1914. Obecnie dodano kilka zdań aktualnych z powodu wojny.

Dla skrócenia kończyna górna wyraża się »ręka«.

oraz ograniczona ruchomość stawu barkowego uchyla wszelkie wpływy szkodliwe, jakie u człowieka działać mogą i działają. U ptaków zaś szkodliwy wpływ ruchu skrzydeł i silnych uderzeń fal powietrza usunęła przyroda przez to, że serce jest nieco przesunięte ku tyłowi, a więc nie dotyka ściany klatki piersiowej, a oprócz tego jest ochronione dachówkowatą płytą kostną. W jamie brzusznej dno żołądka leży w większej swej części po stronie lewej, a tem samem u praworęcznych ma więcej spokoju, pożądanego w chwilach wypełnienia. Na odwrót, po stronie prawej mamy w wątrobie wielki narząd, którego krążenie żylne nie rozporządza już prawie żadną »vis a tergo«. Przyrodzone miesienie tego gruczołu stoi w związku z praworęcznością. Wreszcie w miednicy u kobiet najczęstsze, a więc i najprawidłowsze położenie płodu, czaszkowe pierwsze, uzupełnia sumę przyczyn, z powodu których ręka prawa otrzymała pierwszeństwo, a z nią prawa strona ciała rolę oszczędzania i chronienia strony lewej.

Tu mimochodem zaznaczyć można, że wedle zdania szewców stopa lewa ma być większa. Jeśli to spostrzeżenie jest prawdziwe, można ten fakt związać z praworęcznością. Przy bardzo licznych bowiem czynnościach jednoręcznych postawa człowieka wymaga silnego oparcia właśnie na stopie lewej, n. p. przy szermierce, przy jednoręcznem obracaniu kołowrotu i t. p.

Wracając do czworonogów, śmiało twierdzić możemy, że są »oburęczne«, gdyż drobne różnice między narządami parzystymi nadto często są spostrzegane, aby przeczyć temu mogły. Można też twierdzić, że i człowiek był niegdyś oburęczny, a dopiero w miarę przybierania postawy stojącej stawał się praworęczny z przyczyn wyżej przytoczonych. Z tego powodu mańkuctwa atawizmem ogólnym tłomaczyć nie można, atawizm bowiem mógłby się objawić tylko jako oburęczność, czego wyrazem jest oburęczność niemowląt. Mańkuctwo dziedziczy się jednak w rodzinach.

Nasuwa się przypuszczenie, że mańkuctwo jest poronną postacią odwrotnego ułożenia trzew. Nie obalałby tego przypuszczenia brak mańkuctwa u takich osób. Zato za przypuszczeniem tem przemawiałoby, gdyby osobniki z odwrotnem ułożeniem trzew pochodziły stale z rodzin wybitnie mańkuczych. Gdy w jamie brzusznej jedynie płód ma możność wyboru położenia, ciekawą byłoby rzeczą wyśledzić, czy prawostronne położenia płodów nie pojawiają się szczególnie często w rodzinach mańkuczych, gdyż śmiało można twierdzić, że w warunkach prawidłowych lewostronne położenia płodu są następstwem praworęczności, a nie odwrotnie. Można się także wyrazić, że płód stara się zawsze zwrócić brzuszkiem ku pracującej ręce matki. Jeśli to jest prawdą, że praworęczność jest wyrazem przyrodzonej dążności zachowawczej, to rzeczą jest oczywistą, że ilość mańkutów stale się powinna zmniejszać.

Na czele przyczyn praworęczności należy postawić ochronę serca. Nie liczy się z tem zapoczątkowany w Ameryce i Anglii kierunek wychowawczy, dążący do wytworzenia typu człowieka oburęcznego, jako typu rzekomo nietylko sprawniejszego fizycznie, ale i intelektualnie (podtrzymanie rozwoju ośrodków prawostronnych). Kierunek ten wychowawczy należy przyjmować z krytycyzmem, bo i cel jest nieosiągalny. Do oburęczności doprowadzićby mogły tylko ćwiczenia, któreby wprawiały rękę lewą z umyślnem zaniedbywaniem prawej. Musiałoby trwać to przez całe życie, inaczej po zaprzestaniu ćwiczeń ręka prawa wróciłaby rychło na swoje stanowisko. Sprawność ogólna stałaby się mniejszą. Jeśli troskliwe szkolnictwo nie powinno dopuszczać młodzieży do ćwiczeń gimnastycznych bez poprzedniego badania lekarskiego, to obowiązek ten potęguje się znacznie tam, gdzie celem tych ćwiczeń ma być próba wytworzenia oburęczności.

Wojna obecna odda społeczeństwu wiele osobników, władających tylko ręką lewą. Inwalidzi ci z konieczności sami nabędą tę sprawność ręki lewej, jaka im jest niezbędna. Opieka nie powinna przez gimnastykę tej granicy przekraczać. Natomiast należy tym inwalidom wyszukiwać pracę, nie wymagającą wysiłków ręki, n. p. praca dozorcza, służba w centralach telefonicznych, roznosicielstwo poczty listowej, i t. p.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 16 lutego 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych 22 członków.

I. Przewodniczący w gorących słowach uczcił pamięć zmarłego kolegi Władysława Biegańskiego i podniósł zasługi jego dla nauki polskiej.

II. Sekretarzem Towarzystwa na rok 1917 wybrano kol. Bocheńskiego.

III. Kol. Rencki przedstawia 3 przypadki **tężyczki**.

a) R. Z. l. 30, zamężna, przebyła 4 prawidłowe porody, ostatni przed rokiem; chorób zakaźnych ani schorzeń przewodu pokarmowego nie przebywała. Karmiąc ostatnie dziecko przez cały rok, odżywiała się bardzo licho. Na tydzień przed zgłoszeniem się do szpitala wystąpiły u chorej nagłe skurcze rąk, nóg, mięśni twarzy i języka, bardzo bolesne, które stale się utrzymują. Z powodu kłujących bolów w kończynach jęczy chora dzień i noc i nie sypia wcale, z powodu zaś skurczu języka z trudnością mogła się odżywiać, przyjmując tylko płynne pokarmy łyżeczkami.

Chora blada, źle odżywiona, okazuje lekką rozedmę płuc i objawy nieżytu oskrzelowego, zresztą narządy wewnętrzne bez zmian; gruczoł tarczowy nie powiększony. Ilość ciałek czerw. krwi 5.025.000, c. b. 9800, hgb. 75%, neutrof. 56%, limfoc. 25·5%, jednojądrzastych 6%, eozynochłonnych 12%, tucznych 0·50%. W czasie napadu skurczu chora z trudnością oddaje mocz, który okazuje śladzik białka, a w osadzie dość liczne ciałka wysiękowe. W stolcu nie stwierdzono jaj pasorzytów. Żywy objaw Chwostka (I), Trousseau i Schlesingera, wzmożona pobudliwość mechaniczna języka (Schultze), bardzo znacznie wzmożona pobudliwość nerwów na prąd galwaniczny (badanie Doc. Dra Orzechowskiego) KSZ 0·2, ASZ 0·6, KST 1, AST 3, KOZ 1·2, AOT 3·4. Napady skurczów w kończynach górnych obustronne z charakterystycznem ustawieniem rąk, skurcze w kończynach dolnych, napięcie z uczuciem mrowienia i kłucia w palcach rąk i nóg, bólami w kończynach, ponawiają się 2—3 razy na dobę i trwają po kilka godzin. Odruchy kolanowe leniwe, siła kończyn mniejsza, chora z trudnością chodzi, chód niepewny. Czucie bólu, dotyku i ciepłoty bez zmian. Zaćmy soczewkowej nie wykazano. Na grzbiecie rąk i stóp zarysowują się silniej ścięgna mięśni prostujących, dając złudzenie zaników mięśni śródręcza i śródstopia, które budzić mogą przypuszczenie sprawy zapalnej nerwów obwodowych (polyneuritis). Brak jednak wyraźnych porażeń i zaników oraz badanie elektryczne pni nerwowych przemawia przeciw temu przypuszczeniu.

Przypadek typowej tężyczki wśród karmienia; wyróżnia się niezwykle ciężkim przebiegiem, skurczami mięśni twarzy i języka oraz stałemi przykurczeniami palców rąk, które utrzymują się i poza napadem kurczów. Podawany mleczan wapna 5—7·5 gr. dziennie nie wpływał na napady kurczów; ulgę sprawiał luminal 0.20 na noc lub morfina, a w ostatnich czasach 15% roztworu siarczanu magnowego podskórnie w ilości 10 gr. dziennie. Nie zauważono wpływu podawanych kołaczyków jajnikowych 3 gr. dziennie.

Zastanawiając się nad obrazami klinicznymi tężyczki, zauważył prelegent, że typowe postacie, jak przedstawiony przypadek, nie łatwo ujść mogą uwadze; ilość przypadków tężyczki w ostatnich czasach we Lwowie jest większa, niż dawniej. Łatwiej mogą być nierozpoznane przypadki tężyczki, w której objawy nie wszystkie i nie tak jaskrawie występują. Tu zaliczyć należy przypadek:

b) K. A. student, lat 16; w 6. roku życia przebył płonicę; w lutym i marcu 1916 zauważył skurcz palców ręki prawej i to kolejno IV, III, II; skurczom towarzyszyło uczucie mrowienia i bóle, a palce przykurczone tylko z trudnością mógł wyprostowywać. W danym przypadku rozpoznawano sprawę zapalną pochewek ścięgien. Po kilku tygodniach skurcze ustąpiły, a później ponowiły się w drugiej ręce. Napady skurczów wracają co kilkanaście tygodni.

Narządy wewnętrzne bez zmian. Ilość c. cz. 4,350.000, c. b. 8200, neutrof. 71%, limfoc. 18·5%, jednojądrz. 4·5%, eozynochł. 5·5%, tucznych 0·5%. Zaczerwienienie rąk, palce lekko obrzękłe, przykurczone. Przy wyprostowywaniu biernem występuje bolesne napinanie się ścięgien zginaczy palców, przypominające przykurczenie Dupuytrena. Objaw Chwostka (II) wyraźny i stale się utrzymuje, spóźniony objaw Trousseau i zwiększona pobudliwość nerwów na prąd galwaniczny (Dr Orzechowski).

Uwzględniając wywiady, przebieg i wyniki badania, rozpoznaje prelegent tężyczkę utajoną. Wyróżnia się ona stałem przykurczeniem palców, podobnie jak w przypadku pierwszym i nasuwa myśl, czy t. zw. przykurczenia Dupuytrena nie są następstwem skurczów tężyczkowych i czy nie dotyczą one osób, dotkniętych poprzednio tężyczką utajoną. Zmiany naczynioruchowe przypominają erytromelalgię.

c) O. B. l. 23, z rodziny gruźliczej. W 5, 6, 7. r. życia leczona w szpitaliku św. Zofii z powodu choroby serca. Miesiączkuje prawidłowo. Od 4 lat zapada często na uporczywe nieżyty oskrzelowe. Od wielu lat łatwo się męczy przy ruchach, doznaje bicia serca i duszności. Od 3 lat miewa napady mrowienia i cierpnięcia palców, czasem krótkotrwające kurcze w palcach obu rąk, które występują bez powodu lub przy ruchach, n. p. przy pisaniu; kurcze obejmują czasami i przedramiona, zwłaszcza przy podnoszeniu ich ku górze lub podczas czesania głowy. Po dłuższem chodzeniu występuje uczucie cierpnięcia w udach, uczucie chłodu i kurcze w łydkach; kurcze w łydkach nieraz zjawiają się i przy leżeniu lub podczas snu i są tak bolesne, że chora się budzi. Do szpitala zgłosiła się z powodu kaszlu, ogólnego osłabienia i bicia serca po ruchach.

Osoba budowy wątłej, blada, o skórze suchej, zęby spróchniałe, na lewym górnym kle poprzeczne rowkowanie; lekkie przytłumienie w szczytach, dolne granice płuc mniej ruchome, objawy rozległego nieżytu suchego. Jama brzuszna bez zmian. Ilość c. cz. 6,350.000, c. b. 10.400, hgb. 80%, neutrof. 67·5%, limfoc. 23%, jednojądrz. 8%, eozynochł. 1.5%. Mocz bez zmian. Objaw Chwostka (II) wyraźny, stale się utrzymuje, objaw Trousseau spóźniony, wzmożona pobudliwość nerwów na prąd galwaniczny. KSZ 0·7, ASZ 1, KST 5·5, AST 5·3. Na paznokciach małe zmiany troficzne. Ten zatem przypadek także do tężyczki utajonej zaliczyć należy.

Prelegent podnosi zachowanie się krwi, która tak w przedstawionych, jak i w innych dotąd badanych przypadkach wykazuje dość częstą leukocytozę mononuklearną ze zwiększeniem ilości ciałek eozynochłonnych, średnio około 6·5%.

Przypadek trzeci wyróżnia się nadto jeszcze schorzeniem serca. W okolicy serca widoczne rozległe wstrząśnienie, najwyraźniejsze w III międzyżebrzu przy mostku; uderzenie koniuszkowe w V międzyżebrzu w linii sutkowej, dość oporne. W III międzyżebrzu przy mostku koci mruk; wymiar poprzeczny serca nieco większy, na lewo do l. sutkowej, przekracza na 1 cm l. mostkową lewą; stłumienie przy mostku rozciąga się ku górze do II żebra na szerokość 2 palców, ku dołowi lekko się rozszerzając. Nad końcem serca 2 tony, nad tętnicami 2 tony, drugi nad tętnicą płucną dość silnie zaostrzony. W II i III międzyżebrzu przy mostku pierwszy — krótki skurczowy szmer, drugi głośny długi szmer, którego nasilenie największe na III żebrze tuż przy mostku; szmery rozprzestrzeniają się niedaleko ku stronie lewej i ku dołowi. Tętno 72, rytmiczne, miernie napięte, przy głębokim wdechu nie ulega zmianie; tętnice szyjne tętnią wyraźnie. Sposób wydechowy Valsalvy nie wpływa na objawy osłuchowe ani opukowe przy mostku. Na podstawie tych wyników badania rozpoznać należy **wadę wrodzoną serca**, a mianowicie otwarty przewód Botalla z następowem rozszerzeniem tętnicy płucnej. Przyjęcie tętniaka tętnicy płucnej czyni zrozumiałym głośny rozkurczowy szmer w miejscu przytłumienia odgłosu opukowego przy mostku.

Z tem rozpoznaniem przystąpiono do radyoskopii (Dr B. Sabat), która wykazała obraz typowy dla przetrwałego przewodu tętniczego z tak znacznem rozszerzeniem tętnicy płucnej, że je za tętniaka uważać można.

Dyskusya:

a) Kol. Gluziński co do przypadku pierwszego podnosi wątpliwość, czy te przykurczenia na rękach należą do objawów tężyczki, czy też nie są one wynikiem zmian troficznych w nerwach obwodowych, za czem przemawiaćby mogły zaniki mięśni międzykostnych na rękach i zniesienie odruchów ścięgiennych. Przed laty przedstawił mowca w Towarzystwie przypadek tężyczki przewlekłej z bardzo znacznemi podobnemi zmianami, które nawet zajęły stawy, i wtedy już przypuszczał, czy tych zmian nie należy odnieść do tężyczki. Osoba ta, 19-letnia, nie miała nigdy regularności, wyglądała wyraźnie, jak przy obrzęku śluzowatym; przykurczenia palców IV i V obu rąk. W rozpoznawaniu wogóle przestrzega mowca przed pobieżnością i radzi być ostrożnym. Nie można bowiem zadowolnić się poszczególnym objawem, jak to czynią niektórzy, którzy poprzestają na objawie Chwostka. Te okoliczności każą zachować wielką ostrożność n. p. w drugim przypadku kol. Renckiego i zmuszają do zastanowienia się, czy ma się tu do czynienia z jakiemś ogólnem usposobieniem chorobowem, czy też z tężyczką.

b) Kol. Mazanek miał sposobność spostrzegać bardzo wyraźny objaw Chwostka u histeryczki, która poprzedniego dnia według zdania innego kolegi miała mieć napad tężyczki. Mimo to objaw Trousseau nie wystąpił. Mowca podziela w zupełności zdanie kol. Gluzińskiego, że objaw Chwostka nie rozstrzyga w rozpoznaniu tężyczki. W innym przypadku u chorej z kamicą żółciową udało się mowcy przypadkowo rozpoznać tężyczkę na podstawie objawu Trousseau, który wystąpił wskutek ucisku ręki chorej przez męża i trwał do drugiego dnia.

c) Kol. Hornowski radzi nie przesadzać w zbyt częstem rozpoznawaniu tężyczki. Przypomina o związku, jaki zachodzi między czynnością gruczołów przytarczowych i nadnerczy. Podnosi przypuszczenie, że niejednokrotnie objawy tężyczki utajonej mogą nie być niczem innem, jak tylko objawem wzmożonej czynności nadnercza. U pierwszych 2 chorych, przedstawionych przez kol. Renckiego, n. p. zupełnie nie są rozwinięte brwi w łuku zewnętrznym, co przemawia za niedomogą czynnościową tarczycy.

d) Kol. Demianowski badał materyał 1500 chorych i znalazł objaw Chwostka w 6—7% przypadków; tężyczka natomiast była znacznie rzadsza.

e) Kol. Gluziński w uzupełnieniu myśli kol. Hornowskiego przypomina, że jego chora n. p. nie miała regularności. Częste są n. p. przypadki tężyczki w ciąży lub w czasie karmienia. W przypadkach podobnych czynność jajników jest jakby uśpiona. Wiemy zaś, że przy uśpieniu czynności jajników podnosi się czynność nadnercza. Należałoby podobne przypadki, jak i te po wycięciu jajników, dokładniej badać i rozstrzygnąć, czy w nich nie istnieje rzeczywiście wzmożona czynność nadnercza.

f) Kol. Pisek, zastanawiając się nad brakiem sinicy w przypadku otwartego przewodu Botalla, tłumaczy go wyrównaniem ciśnienia krwi w obu komorach. Natomiast u dzieci z podobnem cierpieniem zwykle istnieje znaczna sinica, gdyż obok braku przegrody są tam zwykle i inne zmiany.

g) Kol. Hornowski podnosi, że u dzieci z podobnemi wadami wrodzonemi może rzeczywiście być sinica; ale nigdy u dorosłych prawe serce tak silnie działać nie będzie, jak lewe, — chyba wyjątkowo.

IV. Kol. Orzechowski przedstawia **przypadek tężyczki utajonej** i nawiązując do badanych także przez siebie przypadków kol. Renckiego, podaje zarys symptomatologii tego stanu patologicznego, bardzo mało wogóle znanego, a zdarzającego się często we Lwowie, bo Orzechowski rozporządza dotąd około 200 przypadkami. Zaznajomienie się z tą postacią tężyczki zaleca się także ze względu na doniosłość jej w patogenezie różnych stanów i objawów chorobowych. Symptomatologia tężyczki utajonej jest aż nadto bogata, a składają się na nią z jednej strony objawy podrażnienia elementów czuciowych i ruchowych, z drugiej strony charakterystyczne zmiany troficzne. Objawy te pozwalają rozpoznawać sprawę w sposób wprost precyzyjny, zwłaszcza jeśli się opiera na objawach przedmiotowych, których zespół nie pozwala na pomieszanie z innym stanem patologicznym. Na ogół symptomatologia tężyczki utajonej pokrywa się z objawami tężyczki jawnej, z tą różnicą, że kurcze, t. j. ten objaw, który przedewszystkiem się narzuca bezpośredniej obserwacyi, w tężyczce utajonej występują rzadziej i słabiej, natomiast w sposób przewlekły, a podobnie i inne objawy są ilościowo nieco zredukowane. Zwiększenie pobudliwości galwanicznej nerwów wyraża się wczesnem występowaniem skurczów otwarcia katody i tężca zarówno przy otwarciu, jak i zamknięciu anody. Objaw Trousseau występuje tu jako objaw spóźniony w postaci drżeń wiązkowych w małych mięśniach ręki po założeniu opaski na 10 minut. Objaw Chwostka, którego obecność ma tutaj znaczenie rozpoznawcze podrzędne, pojawia się w małem zazwyczaj nasileniu. Z reguły skarżą się chorzy na parestezye, które w ten sposób mogą występować chyba tylko czasem w histeryi i w niektórych nerwicach z przewagą objawów naczynioruchowych. Dla parestezyi tych charakterystyczna jest ich różnorodność, nagłe, przelotne występowanie i zabarwienie ich przykre, dokuczliwe, jednak nie bolesne, a wreszcie zależność od ruchów kończyny, ale też od przydługiego spoczynku i od niewygodnego ułożenia kończyn. Parestezye tych chorych pojawiają się jako cierpnięcie kończyn, a także części twarzy, mrowienie, zwłaszcza na plecach i piersi, jako znieczulenia palców wszystkich lub niektórych, jako uczucie zimnego ciała n. p. między łopatkami, jako palenie na plecach, dreszcze w pewnych częściach tułowia i t. p. Kurcze występują rzadko, i to często wśród pewnych, stale powtarzających się okoliczności, mianowicie w drugiej połowie snu, nierzadko przy układaniu się do łóżka lub w czasie opuszczania ciepłej pościeli rano, przy pozycyach, w których nerw ulega naciągnięciu, n. p. przy wkładaniu trzewików, rzadziej przy używaniu zimnej kąpieli. Kurcze dotyczą przeważnie kończyn dolnych, palców, samych stóp, mięśni kolana, wreszcie łydek. Do rzadszych objawów tężyczki utajonej należy występowanie wgłębienia na języku po uderzeniu nań młoteczkiem. Z objawów troficznych ważne są zęby tężyczkowe (objaw częsty), początkowe zaćmy w postaci delikatnych sprych

na obwodzie soczewek, widzialnych przy maksymalnem rozszerzeniu źrenic (objaw rzadszy) i bardzo rzadko występujące poprzeczne bruzdy na paznokciach.

Przegląd tego rozległego materyału tężyczki utajonej, a nadto materyału jawnej tężyczki (około 50 przypadków, w znacznej części pochodzących z epidemii z r. 1914/1915) pozwolił poczynić zajmujące spostrzeżenia. Przeważna część tężyczkowych chorych obu kategoryi są to neuropaci naczynioruchowi; ludzie bladzi, rzadziej o pałających rumieńcach, z rękami sinawemi, chłodnemi, wilgotnemi, skłonni do odmrożeń. Uderzała częsta wązkość i cienkość ściany tętnicy sprychowej. Skóra na ciele jest biała, albo pigmentowana brunatnawo, prawie z reguły sucha i osypująca się. Chorzy ci są skłonni do »reumatycznych« bolów mięśniowych, kostnych i ścięgien, chociaż ludzie to młodzi, bo tężyczka dotyczy niemal wyłącznie wieku od 15 do trzydziestu kilku lat. Znany objaw skurczów łydek, którego powstawanie i przynależność nie były wiadome dotąd, który bywa przez autorów ściśle wydzielany poza obręb objawów tężyczkowych, przecież, jak się zdaje, zależy najczęściej od tężyczki utajonej, będącej stanem patologicznym, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa wcale częstym. Okazało się, że większość tężyczkowych miewa okresowo drżenia włókienkowe i wiązkowe mięśni różnych okolic ciała. Objaw ten, poza zakresem pewnych chorób organicznych, należy odnieść, jak się zdaje, wyłącznie do tężyczki, podobnie jak szczególnie drżenia i drgawki powiek przy braku cierpień anatomicznych oka. Wielu chorych podawało objawy podobne do meralgia paresthetica. Nierzadko podawali chorzy na tężyczkę utajoną skłonność do skurczów intencyonalnych, tak że z zastrzeżeniem możnaby przypuścić, iż grupa spastyczna kurczu pisarskiego lub kurczów zawodowych powstaje na tle skłonności, uwarunkowanej przez obecność tężyczki utajonej. We wszystkich przypadkach zaćm u młodych osób była jawna lub utajona tężyczka, z wyjątkiem jednego przypadku bez jakichkolwiek objawów neurologicznych i innego, w którym była myotonia zanikowa (materyał oddz. ocznego z 2 lat, dostarczony przez kol. Atlasa). W 3 przypadkach tężyczki była otoskleroza, w 6 przypadkach otosklerozy, wziętych dla kontroli do badania, można było wykazać tężyczkę utajoną (materyał dostarczony przez doc. Freya z Wiednia, lekarza sztabowego). Kilkanaście przypadków powikłanych było padaczką, można też postać tężyczkową padaczki wydzielić, jako samodzielną grupę. Padaczka przy jawnej tężyczce daje przeważnie dobre rokowanie, występująca przy utajonej tężyczce przebiega raczej niepomyślnie. Do częstszych objawów należą silne migreny. Chorzy z utajoną tężyczką nigdy prawie nie zgłaszają się do ambulatoryum z powodu dolegliwości tężyczkowych. Skargi ich przedewszystkiem dotyczą objawów nerwicowych. W czambuł wzięci są to neuropaci, dostarczający sporego kontyngentu neurasteników, histeryków i chorych psychastenicznych.

Do wielkich rzadkości należą przypadki prawdziwej, czystej tężyczki utajonej, t. j. takie, w których są tylko objawy troficzne, Chwostka, Trousseau i Erba, a niema w wywiadach kurczów lub parestezyi. W gruncie rzeczy więc ta tak zwana utajona tężyczka jest zazwyczaj jawną, przewlekłą tężyczką o lekkiem nasileniu, której przynależność do jawnej, ostrej tężyczki uwydatnia się zresztą w tem także, że przypadki utajonej tężyczki z dolegliwościami, które je sprowadzają do lekarza, zgłaszają się w zwiększonej liczbie do ambulatoryów w tych samych miesiącach, w których wzmaga się liczba tężyczek jawnych. Nie można więc odmówić tężyczce utajonej znaczenia stanu chorobowego takiego samego, jakim jest tężyczka jawna. Z drugiej strony jest to stan, który przeważnie nie sprawia dotkniętemu objawów dotkliwszych. Tak więc stanu tego chory nie uświadamia sobie jako choroby, lekarz zaś objawów musi się doszukiwać. Co ważniejsze wreszcie, to, że utajona tężyczka trwa stale, zdaje się od najwcześniejszych okresów dzieciństwa do wieku co najmniej dojrzałego. Ponieważ zaś przytem tężyczka warunkuje skłonność do różnych wyżej wspomnianych cierpień, pokrywa się ona poniekąd z pojęciem stanu konstytucyjnego. Pogłębienie znajomości tej jednostki chorobowej, jaką jest t. zw. tężyczka utajona, będąca zarazem tężyczkowym stanem konstytucyjnym, powinno prawdopodobnie dać plon przy badaniach etyologii i patogenezy pewnych cierpień nerwowych funkcyonalnych, może i organicznych, wreszcie może nawet cierpień internistycznych.

D y s k u s y a:

a) Kol. Gluziński zwraca uwagę na wyjaśnienie kol. Orzechowskiego i podnosi, że rozróżnienie tężyczki od stanu, któryby należało chyba nazwać »stanem tężyczkowym« (status tetanicus, podobnie jak status lymphaticus i t. p.), rzecz całą czyni zrozumialszą. Wtedy wiemy, że mamy do czynienia z tężyczką, z chorobą samą przez się jako taką, a z drugiej strony ze stanem tężyczkowym, będącym w związku ze zmianami w układzie nerwowym. Mowca podnosi uderzającą okoliczność, że tężyczka w swym właściwym obrazie występuje lokalnie w niektórych miejscowościach, jak to spostrzeżono n. p. w Wiedniu, Gracu i gdzieindziej, a nadto, że występuje ona tylko u ludzi, żyjących w warunkach niehigienicznych, w mieszkaniach wilgotnych, bez słońca, u ludzi źle się odżywiających i t. d., gdy przeciwnie objawy, o których mówią koledzy Orzechowski i Rencki, wprost przeciwnie widzimy przeważnie u ludzi będących w dobrych warunkach. Gdyby to były te same stany, jak pojąć, że tężyczka u ludzi biednych i t. d. przybiera postać pełną, u ludzi zaś dobrze sytuowanych tylko postać utajoną. Zrozumieć zaś możemy sprawę, gdy przyjmiemy, że są ustroje ze stanem nerwowym pobudliwym, u których możemy wywołać pewne objawy, jak przy tężyczce n. p. objaw Chwostka i t. d., ale które żadnych kurczów właściwych tężyczkowych nigdy nie miały i nie mają, ustroje, które tak dobrze można spotkać u ludzi w złych, jak i w dobrych warunkach higienicznych przebywających, — ustroje, których stan nazwijmy »tężyczkowym« podobnie, jak stan wagotoniczny, sympatykotoniczny; ale to nie »tężyczka« — »tetania«. Może być, że ci ludzie przy zadziałaniu właściwego czynnika szkodliwego łatwiej ulegną tężyczce — ale stanu ich nie można nazwać »utajoną tężyczką«, tak samo, jak nie można przyjąć u pewnych sympatykotoników z objawem Graefego, tachykardyą, że oni cierpią na »utajoną chorobę Basedowa«.

b) Kol. Hornowski co do uwag, wypowiedzianych przez kol. Gluzińskiego, przypomina, że narządy rozwijają się podczas życia ustroju. N. p. w miarę zaniku grasicy rozwija się gruczoł tarczowy. Otóż w złych warunkach życiowych mogą odpowiednie narządy nie rozwijać się należycie i okoliczność ta tłumaczyćby mogła zjawiska wzmożonej czynności innych narządów, o czem kol. Gluziński wspominał.

Sekretarz: Dr Bocheński.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1915/16, XLII działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław J a s i ń s k i.

IX. Posiedzenie zwyczajne d. 4. maja 1916.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 9 członków.

1. Odczytano i przyjęto protokoły poprzednich posiedzeń; zapowiedziany dalszy ciąg odczytu Dr J. Celarka spadł z porządku dziennego wskutek nieobecności prelegenta.

2. Cz. C z e r w i ń s k i w sprawozdaniu z dalszej akcyi w **walce z epidemią** zawiadamia, że: a) wkrótce wydana będzie w 20.000 egzemplarzy nakładem Głównego Komitetu ratunkowego napisana przez Cz. broszurka »O sposobach walki z chorobami zakaźnemi«; b) Komitet czyni starania co do wyrobu mydła w Lublinie, gdyż drożyzna i brak mydła wielce utrudnia walkę z epidemią.

X. Posiedzenie zwyczajne d. 5. czerwca 1916.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 9 członków.

1. W. J a s i ń s k i zdał sprawę z przedwstępnych prac Komitetu redakcyjnego Pamiętnika II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych i przedstawił wnioski tego Komitetu: a) aby przystąpić niezwłocznie do wydawnictwa Pamiętnika; b) stronę techniczną wydawnictwa powierzyć kol. W. Tołwińskiemu. Obydwa wnioski przyjęto.

2. Przyjęto również wniosek Komitetu, by zwrócić się do Towarzystwa lekarskiego w Częstochowie z zaznaczeniem, że pomimo wyjątkowych warunków należy poczynić wszakże starania, aby III Zjazd w Częstochowie mógł się odbyć w r. 1917, gdyż będzie to między innemi jednym ze sposobów wykazania ścisłej łączności lekarzy polskich wszelkich zaborów i okupacyi.

3. Cz. C z e r w i ń s k i zawiadamia, że a) zapowiadana broszura o sposobach walki z chorobami zakaźnemi została wydana w 25.000 egzemplarzy, b) Komitet ratunkowy uzyskał pozwolenie nabywania 2 razy na miesiąc po 50 pudów łoju z rzeźni miejscowej i przystąpił już do wyrobu mydła.

4. M. Garbaczewski podaje ilość chorych na dur plamisty, zarejestrowanych przez Komisyę sanitarną miejską; mianowicie w marcu 341, w kwietniu 299, w maju 194 (w tem 37 chorych zamiejscowych); odsetek śmiertelności wynosi 4·87%. J. Cynberg obliczył procent śmiertelności wśród chorych, internowanych w szpitalu żydowskim od początku epidemii do chwili bieżącej: wypadło mu również 4·87%, gdy w r. 1892 odsetka śmiertelności podczas epidemii duru plamistego wśród chorych szpitalnych wynosiła 2%.

Sekretarz: Wacław Jasiński.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

VIII. Posiedzenie Wydziału jako Rady honorowej 26 lipca 1916.

Obecni: prezydent Dr Papée, wiceprezydent Dr Kohlberger, członkowie Rady: Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, zastępca członka Dr Meisels.

Do przesłuchania zawezwany Dr J. B. z L.

1. Prezydent przedstawia zawezwanemu sprawę, odczytuje zażalenie Dra G. i list jego, wystosowany do Dra G, poczem z Drem B. spisano protokół. Po oddaleniu się dra B. Rada honorowa uchwaliła odbyć rozprawę ustną i wezwać na nią obie strony na 1 sierpnia.

2. W dalszym ciągu posiedzenia Wydziału omówiono sprawę zapewnienia pomocy lekarskiej dla miasta Lwowa.

IX. Posiedzenie Wydziału Izby z 8 sierpnia 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Dr. Mikołajski, Dr Schellenberg; zastępca cził. wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent odczytuje wpływy, a mianowicie:

a) Pismo Magistratu we Lwowie o alternatywnem zamykaniu połowy aptek lwowskich w każdą niedzielę i święto popołudniu.

b) Pismo c. k. Namiestnictwa o używaniu zamiast waty »Ramifaser« i »Zellstoff«.

c) Pismo c. k. Namiestnictwa z przedstawieniem konieczności dobrego przechowywania i nadzoru nad pieczęciami urzędowemi.

2. Pismo w sprawie konkursu na posadę lekarza salinarnego w Bochni. Uchwalono ten konkurs ogłosić w Izbie.

3. C. k. Starostwo w Z. przesyła zażalenie na lekarza P. w Z., który wydał świadectwo szczepienia, rzekomo niedawno przebytego, osobie, która wedle stwierdzenia lekarza pow. była jeszcze w dzieciństwie szczepiona. Uchwalono zażalenie wysłać lekarzowi P. do oświadczenia się.

4. Pismo profesora Akademii weterynaryi Dra S., który z powodu, że praktyki lekarskiej nie wykonuje, nie czuje się obowiązanym do uiszczania opłat do Izby. Uchwalono odpowiedzieć, że wedle § 2 Ust. o Izb. lek. z 22 grudnia jest Dr. S. jako Dr medycyny uprawnionym do praktyki lekarskiej, a ponieważ do Izby lek. nie weszło dotychczas żadne pismo Dra S., w którem zrzekłby się wyraźnie praktyki lekarskiej, przeto jest do Izby przynależny i podlega ustawie izbowej.

5. Na prośbę Zarządu Kasy chorych budowlanej uchwalono potwierdzić ze strony Izby reklamacyę tejże Kasy, dotyczącą Dra Danielskiego, jako obecnie jedynego lekarza w kasie chor. budowl.

6. Na prośbę Dyrekcyi szpitali Czerwonego Krzyża uchwalono potwierdzić ze strony Izby reklamacyę tejże Dyrekcyi, dotyczącą Dra Sabata, jako jedynego obecnie rentgenologa we Lwowie.

7. W sprawie zażalenia p. I. K. na Dra W. Sz. z G. z powodu odmówienia pomocy lekarskiej jego chorej córce, uchwalono posłać to pismo Drowi Sz. do oświadczenia się.

8. Dra L. Chołowieckiego z Stanisławowa uwolniono od $^2/_3$ opłaty do Izby.

9. Uchwalono dla »Przeglądu lekarskiego« kwotę 100 K na poparcie czasopisma.

X. Posiedzenie Wydziału Izby z 30 sierpnia 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, Członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg; zast. czł. wydz. Dr Meisels.

W sprawie przynależności do Izby prof. Akad. weter. Dra S. odczytuje Prezydent dodatkowo reskrypt Minist. spr. wewn. z 20 lutego 1901 L. 350, powołujący się na oświadczenie Najwyższej. Rady zdrowia, wedle którego należy uważać za praktykę lekarską w ogólności każdą czynność lekarską, dla której koniecznym warunkiem jest uzyskanie uprawnienia do wykonywania sztuki lekarskiej przez osiągnięcie dyplomu na lekarza wzgl. na chirurga. Uchwalono więc odpowiedzieć prof. Dr. S. w tym duchu.

2. Prezydent podaje do wiadomości, że otrzymał zapewnienie od komisarza rząd. miasta Lwowa, że wszyscy lekarze, umieszczeni na liście Izby, otrzymają legitymacye do pozostania we Lwowie.

3. Dalej powiadamia Prezydent, że razem z Dr Schellenbergiem interweniował u p. Namiestnika w sprawie 26 lekarzy do Izby przynależnych, a pozostających w niewoli nieprzyjacielskiej. Namiestnik obiecał sprawę ich wymiany poruszyć u odpowiednich władz we Wiedniu, zażądał jednak przedłożenia odpowiedniego memoryału, który $^{29}/_8$ br. został mu doręczony.

4. Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie zapisywania na receptach digitalis vulg. zamiast digit. purp. tudzież w sprawie rekwizycyi tłuszczu świńskiego.

5. Na skutek pisma Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami wojennymi, proszącej o wysłanie delegata Izby lek., wybrano takim delegatem Prezydenta Izby.

6. Prezydent odczytuje pismo c. k. Ministerstwa obr. kraj., odmawiające reklamacyi Dra S. z L.

7. Administracya podatków prosi o podanie składu zarządu stowarzyszenia »Kraj. Związku zdrojowisk i uzdrowisk«. Podano wedle dat umieszczonych w Kalendarzu lek. z r. 1914.

8. Redakcya »Przeglądu lek.« przysyła podziękowanie za zasiłek 100 K. Przyjęto do wiadomości.

9. Referent Dr Drzymalik odczytuje zażalenie p. K z G. na lekarza Dra S. z G. z powodu odmówienia leczenia jego córki. Uchwalono odnieść się do lekarza pow. w G. o wyjaśnienie sprawy.

10. Uchwalono jednorazową zapomogę w kwocie 100 K chirurgowi Wehrnowi z Mikołajowa, obecnie we Lwowie.

11. W sprawie wydawania atestów lekarskich przez lekarzy prywatnych dla przetworów chem. fabryki »Laokoon« we Lwowie wyrażono jednomyślne zdanie, że nie jest rzeczą odpowiednią, ażeby lekarze prywatni na podstawie doświadczeń, z praktyki prywatnej zebranych, wydawali atesty co do skuteczności leków, których badanie i stwierdzenie skuteczności powinno się odbywać w szpitalach i zakładach naukowych.

12. Prezydent zawiadamia, że rozprawa ustna, naznaczona na $^1/_8$, odbyć się nie mogła z powodu choroby dra G.

XI. Posiedzenie Wydziału Izby 13 września 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger Członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Schellenberg, zast. czł. wydz. Dr Meisels. Usprawiedliwił nieobecność Dr Mikołajski.

1. Prośbę magistra farmacyi G. o zamianowanie go rzeczoznawcą sądowym dla spraw farmaceutycznych, dla rozbiorów chemicznych, maszynoznawstwa i rachunkowości, uchwalono zaopiniować tylko dla spraw farmaceutycznych, gdyż dla innych działów odpowiedniejszymi rzeczoznawcami są zawodowi znawcy z odnośnych zawodów.

2. Prezydent podaje do wiadomości, że wskutek poparcia Izby reklamowano dla polikliniki jednego z ordynatorów.

XII. Posiedzenie Wydziału Izby 4 października 1916.

Obecni: Prezydent Dr. Papée, zast. prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr. Mikołajski, Dr Schellenberg, zast. czł. Wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent odczytuje pismo c. k. Namiestnictwa, że w sprawie lekarzy wywiezionych jako zakładników odniosło się c. k. Namiestnictwo do Ministerstwa spraw wewn., zaś w sprawie wymiany lekarzy będących w niewoli, do Ministerstwa wojny.

2. Prezydent odczytuje pismo Wydziału wykonawczego Izb lek. w sprawie poborów, należących się rodzinom lekarzy gminnych i okręgowych, powołanych do służby wojskowej, oraz

w sprawie zwrotu nadwyżki w poborach już wypłaconych lekarzom, w służbie wojskowej pozostającym.

3. Odczytano pismo c. k. Komendy miasta w sprawie obiadów w kuchni wojennej. Prezydent podaje do wiadomości że korzysta z nich urzędnik Izby.

4. Na żądanie c. k. Namiestnictwa wydano przychylną opinię w sprawie przeniesienia apteki Thadera przy ulicy Janowskiej bliżej do miasta.

5. Uchwalono uwolnić od opłat izbowych:

a) Dra L. z N. od $^2/_3$ opłat za lata 1914, 1915 i 1916.

b) Dra R. z L. od połowy opłat za lata 1914, 1915 i 1916, zaś odmówiono uwolnienia za r. 1913.

c) Chirurga E. z N. wyjątkowo zupełnie od opłat za lata 1913, 1914, 1915 i 1916.

6. Sprawa zażalenia p. K. z G. na lekarza Dra S. w G. Lekarz powiatowy Dr U. podaje do wiadomości, że w mowie będący wypadek był nagłym, lecz nie grożącym niebezpieczeństwem życia, — jako też, że Dr S. jest chronicznie chory i wykonuje praktykę prywatną tylko w skromnych rozmiarach. Po skonstatowaniu nadto, że Dr S. nie odmówił formalnie udania się do chorej, a tylko zażądał odpowiedniej podwody, Wydział Izby nie widzi powodu do dalszego traktowania sprawy.

7. Prezydent podaje do wiadomości, że wobec teraźniejszej drożyzny i znacznego utrudnienia w zakupnie artykułów spożywczych ma zamiar założyć sklep aprowizacyjny dla lekarzy i aptekarzy lwowskich. Wydział przyjmuje ten projekt z uznaniem do wiadomości i porucza Prezydentowi dalsze przeprowadzenie tej akcyi.

XIII. Posiedzenie Wydziału Izby 11 października 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée; członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg; nadto jako goście adwokaci: Dr Łoziński, Dr Paneth, Dr Ringel i aptekarz mag. Krzyzanowski.

1. Prezydent podaje do wiadomości, że posiedzenie to zwołano w sprawie sklepu aprowizacyjnego, do którego Izba adwokacka zgłosiła przystąpienie. Jako delegaci Izby przybyli wymienieni adwokaci, jakoteż delegat Gremium aptekarzy.

Po wysłuchaniu sprawozdania z dotychczasowej akcyi przygotowawczej uchwalono utworzyć komitet aprowizacyjny, składający się z 3 członków, a to po jednym z Izb lekarskiej i adwokackiej i z Gremium aptekarzy, i z 3 ich zastępców. Wydział wybiera jako delegata Izby lek. prezydenta Dra Papée, zaś na jego zastępcę Dra Schellenberga.

XIV. Posiedzenie Wydziału Izby 18 października 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, wiceprezydent Dr Kohlberger, członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg; zastępca czł. wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent odczytuje pisma Wydziału wykonawczego Izb w sprawie poborów dla rodzin lekarzy fabryk tytoniu. Lekarze ci mają wnieść podanie o dalsze wypłacanie ich rodzinom należytości, gdyż w czasie służby wojskowej nie otrzymują poborów cywilnych.

2. Pismo Ministerstwa wojny z prośbą o przeznaczenie 2% od wkładek Poczt. Kasy O. na fundusz opieki wojennej. Uchwalono.

3. Izba Stryjska przesyła odbitkę z referatu na posiedzeniu jej wydziału wygłoszonego na temat, że odmówienie wizyty lekarskiej nie jest identyczne z odmówieniem udzielenia pomocy lekarskiej.

4. Dr Mikołajski interpeluje w sprawie fundacyi śp. Dra Łukasa na rzecz lekarzy wschodniogalicyjskich. Prezydent odpowiada, że prof. Dr Machek jako prezes Towarzystwa lek. galic. został już raz dla tej sprawy zaproszony na posiedzenie Wydziału. Ponieważ wówczas z powodu obłożnej choroby nie mógł przybyć, zostanie ponownie zaproszony dla udzielenia informacyj.

5. Udzielono następujące zapomogi dla wdów i sierot po lekarzach: 1) Bujalska 120 K, 2) Burnatowicz 100 K, 3) Chomin 100 K, 4) Galusińska 100 K, 5) Gobieńska 50 K, 6) Jabłonowska 100 K, 7) Jasilkowska 100 K, 8) Jurkiewiczowa 75 K, 9) Karpińska 50 K, 10) Körnerowa 100 K, 11) Krygowska 100 K, 12) Maciulska 50 K, 13) Reichowa 100 K, 14) Rosenfeldowa 100 K, 15) Schmidowa 50 K, 16) Schneidowa 50 K, 17) Solarykówna 50 K, 18) Steinowa 50 K, 19) Szczepańska 100 K, 20) Terner Henryk 200 K, 21) Gloisnerowa 100 K, 22) Dr Laskiewicz 200 K, 23) Romaszkanowa 50 K. Razem rozdzielono 2095 K.

XV. Posiedzenie Wydziału Izby 2 listopada 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger. Członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg, zast. czł. Wydziału Dr Meisels.

1. Prezydent odczytuje podziękowanie J. E. p. Namiestnika za gratulacyę wysłaną ex praesidio z powodu odznaczenia.

2. Dr L. z N. T. z prośbą o uzyskanie zastępstwa lub zajęcia lekarskiego w większem mieście. Uchwalono posłać informacye.

3. Sąd powiatowy S. I. z zapytaniem, o ile zmniejszyły się dochody lekarskie Dra K. z L. Uchwalono odpisać, że dochody wszystkich lekarzy zmniejszyły się wskutek wojny do połowy, a nawet $^1/_3$ części dawnych dochodów.

4. Dr P. z P. prosi o interwencyę z powodu, że jemu jako lekarzowi cywilnemu, zobowiązanemu do służby w pospolitem ruszeniu, władze wojskowe zakazały wykonywania prywatnej praktyki lekarskiej w P. Uchwalono odpisać, że Izba wsch. galic. nie jest właściwie kompetentna w tej sprawie, gdyż Dr P. jest przynależny do Izby lek. wiedeńskiej, — może mu tylko udzielić rady, ażeby zażądał na piśmie wydanego zakazu i przedłożył Izbie.

5. Dr Z. z S. o zapomogę zwrotną z powodu utraty lekarskiego urządzenia i instrumentów. Uchwalono udzielić zapomogi w kwocie 200 K (gdyż pożyczek Izba nie udziela), a przytem zwrócić uwagę, że należy się odnieść do Zakładu kredytowego dla odszkodowań wojennych.

6. Oświadczono się za nadaniem koncesyi na nową aptekę we Lwowie w rejonie między ulicą Szeptyckich a ulicą Polną.

XVI. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 7. listop. 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg, zast. czł. wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent otwiera posiedzenie dłuższem przemówieniem z powodu ogłoszenia historycznego manifestu Cesarzy Austryackiego i Niemieckiego w sprawie stworzenia niepodległego Państwa Polskiego — i prosi o uchwałę wysłania odpowiednich telegramów do Prezydyum miasta Warszawy, do Uniwersytetu warszawskiego i Towarzystwa lekarskiego w Warszawie. Uchwalono.

2. Przyjęto do wiadomości pismo Wojennego Zakładu kredytowego w sprawie udzielania kredytów dla osób z wykształceniem akademickiem, należących do zawodów wolnych.

3. Uchwalono zasiłek 100 K wdowie po lekarzu p. Rosenölowej.

4. Uwolniono od $^2/_3$ wkładki izbowej chirurga L. Kurzera we Lwowie.

5. Uchwalono wydać opinię przychylną w sprawie podania aptekarza Michalika o koncesyę na otwarcie apteki w Drohobyczu.

6. Prezydent podaje do wiadomości, że do 7 listop. 1916 zgłosiło przystąpienie do sklepu aprowizacyjnego 196 rodzin adwokatów, 129 lekarzy i 123 aptekarzy.

XVII. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 25 listopada 1916.

Zwołane na znak żałoby z powodu śmierci ś. p. Cesarza Franciszka Józefa I.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg; zast. czł. wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent w dłuższem przemówieniu daje wyraz ogólnemu smutkowi, jaki okrył cały kraj z powodu śmierci nieodżałowanej pamięci cesarza Franciszka Józefa I.

Przemówienia tego wysłuchał Wydział stojąco.

2. Na wniosek Dr Schellenberga uchwala Wydział ku uczczeniu pamięci Cesarza filantropa i miłośnika dzieci złożyć na biedne dzieci miasta Lwowa kwotę 200 koron i przesłać te pieniądze na ręce komendanta miasta generała Rimla.

Na tem na znak żałoby posiedzenie zamknięto.

XVIII. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 13 grudnia 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Mikołajski, Dr Schellenberg; zast. czł. Wydziału Dr Meisels. Usprawiedliwił swą nieobecność czł. wydz. Dr Drzymalik.

1. Prezydent podaje, że złożył kwotę 200 K dla głodnych dzieci lwowskich na ręce komendanta miasta generała Rimla.

2. Prezydent podaje do wiadomości, że w Ministerstwie spraw wewn. urgował w sprawie zatwierdzenia statu kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach. W sprawie zmiany ustawy uchwalono zwrócić się do Wydziału wykonawczego z zapytaniem, czy nie byłoby wskazanem zwołać Wecu izbowego dla obradowania nad projektem ustawy; zaś do Ministerstwa dla Galicyi zwrócić się z prośbą o nadesłanie projektu do rozpatrzenia.

3. Prezydent podaje do wiadomości, że brał udział w deputacyi reprezentacyi wolnych zawodów u komendanta 2 armii generała-pułkownika Boehm-Ermolliego w sprawie pozostawienia biura reklamacyjnego we Lwowie. W sprawie tej wysłano także telegram do Ministerstwa obrony kraj.

4. Przyjęto do wiadomości pismo Komendy miasta, wzywające mieszkańców do oszczędzania opału i oświetlania.

5. Prezydent podaje do wiadomości, że Izba otrzymała ze Związku towarzystw lekarskich 2494 kor. 96 hal., jako kwotę za r. 1916 przypadającą.

6. W sprawie jeńców lekarzy donosi c. k. Namiestnictwo, że lekarzy wyznacza się do wymiany według losu.

7. Na zapytania Dra Mittelmana, adwokata ze Złoczowa, tyczące wywiezionego zakładnika Dra Bendla ze Złoczowa, uchwalono odpowiedzieć, że poczyniono już odpowiednie kroki dla uzyskania jego uwolnienia.

8. W sprawie piątej pożyczki wojennej stwierdza Prezydent, że ponieważ w IV pożyczce wzięto udział w kwocie 40.000 K, Izba będzie mogła w piątej pożyczce tylko małą kwotę subskrybować.

9. C. k. Namiestnictwo przesyła do zaopiniowania podanie Dra S. z S. o utworzenie ruchomego dentystycznego ambulatoryum. Ze względów zasadniczych i etyczno-lekarskich, a nadto, ponieważ w danym wypadku nadużyto już zaufania przed kilku laty, uchwalono zaopiniować odmownie.

10. Na pismo, otrzymane z Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, uchwalono odpowiedzieć, że Wydział godzi się zasadniczo na umieszczanie odtąd w »Przeglądzie« krótkich protokołów z posiedzeń z zastrzeżeniem dalszego porozumienia się co do szczegółów.

11. Pismo Izby zachodnio-galic., tyczące się memoryału, wypracowanego przez prof. Ciechanowskiego w sprawie wyodrębnienia administracyi sanitarnej galicyjskiej i ukształtowania się nowego stosunku władz sanitarnych przez wyodrębnienie Galicyi. Uchwalono poprzeć wniosek zasadniczo. Przedłożony memoryał jednak należy uważać za substrat dla obrad ankiety z delegatów Namiestnictwa, Wydziału kraj. i Izb lekarskich. Uchwalono dla dokładnego omówienia sprawy zwrócić się do Izby zachod. galic. z prośbą o zwołanie wspólnego posiedzenia obu Izb do Krakowa, a w końcu wysłać delegacyę wspólną do Ministerstwa dla Galicyi i Koła polskiego.

Dr. Papée.

Sprawozdanie Prezydenta Izby lekarskiej wschod. galic., Dra Papée, za czas od 11 maja 1916 do 10 marca 1917.

Kiedy przed rokiem przedkładałem Panom sprawozdanie za okres dwuletni, pierwsze po inwazyi, byliśmy ożywieni nadzieją, że po przebyciu trudnego położenia, w jakiem byliśmy w czasie inwazyi i po niej, będziemy mogli wkrótce rozpocząć pełną naszą działalność.

Niestety niezmienione od czasu ostatniego posiedzenia pełnej Izby stosunki, wojną wywołane, były przyczyną, że czynności Izby, jak i Wydziału, uległy nadal, może nie tyle zmniejszeniu agend w ogóle, o ile ograniczeniu zakresu działania i podejmowania inicyatywy w kwestyach ogólnych, ściśle zawodowych lub też o szerszem znaczeniu społecznem. Liczna część tych spraw, w okresie przedwojennym przez nas rozpoczętych lub będących w naszym dalszym programie, musiała zostać via facti wstrzymaną i odłożoną. Ponieważ Szanowni Panowie znają z poprzednich sprawozdań te prace, nadmienię tu tylko pokrótce o nich: a więc przedewszystkiem: projekt nowej ordynacyi dla lekarzy, projekt reformy wieców Izb lekarskich, Związku Izb i konstrukcyi Wydziału wykonawczego, projekt nowego regulaminu i podziału okręgu izbowego, sprawa podwyższenia dyet dla lekarzy epidemicznych, sprawa podwójnego liczenia dyet za komisye sądowe, trwające ponad 8 godzin, załatwienie taryfy za czynności sądowo-lekarskie, sprawa podwyższenia dyet lekarzy sądowych w sprawach karnych, sprawa poprawy bytu lekarzy więziennych, wprowadzenie w życie i ścisłe przestrzeganie ramowego wzoru dla umów lekarzy z kasami chorych, wprowadzenie w życie ułożonego już dla całej Monarchii systemu wolnego wyboru dla rodzin członków—robotników przy fabrykach tytoniu, oto krótki szkic spraw zaczętych, z konieczności powstrzymanych, które czekają dalszego załatwienia.

To ograniczenie w działalności zaznacza się, rzecz zrozumiała, we wszystkich Izbach; nasza Izba znajduje się w wyjątkowem położeniu o tyle, że okręg jej wskutek zajęcia przez nieprzyjaciela znacznie jest uszczuplony, ilość lekarzy przynależnych zmalała, część lekarzy pozostała w powiatach zajętych, część opuściła dawne miejsce pobytu i przebywa na tułaczce, komunikacya z pozostałymi zaś utrudniona.

Zmniejszony zakres działania i konieczność zastanowienia wielu spraw jest też powodem, że nie odbywały się Wiece Izb, na których roztrząsaliśmy sprawy ogólne społeczno-lekarskie i zawodowe tematy, a ostatnim z nich był XIX, odbyty we Lwowie, w grudniu 1913 roku.

Mimo tego możemy z pewnem zadowoleniem zaznaczyć, że Wydział Izby w roku sprawozdawczym funkcyonował prawidłowo, a o ile teren pracy musiał być z konieczności w pewnych kierunkach ograniczonym, o tyle rozszerzył się w innych, wywołanych stosunkami niezwykłymi i stanem wojennym. Mam tu na myśli tak kwestye ogólne zdrowia publicznego, sprawę zabezpieczenia ludności pomocy lekarskiej, pośredniczenie w reklamacyach, sprawę odszkodowań i kredytów wojennych jak i cały szereg spraw osobistych, a jednak mających znaczenie już dla pojedynczych instytucyi, już też dla ludności, jak to Panowie będą mogli się przekonać ze sprawozdania szczegółowego.

Zanim przejdę do szczegółów, uważam za obowiązek podać do wiadomości, że z powodu śmierci Cesarza Franciszka Józefa Wydział odbył uroczyste posiedzenie żałobne, Prezydyum Izby złożyło objawy żalu w miejscu właściwem, wzięło udział w żałobnem nabożeństwie, a nadto złożyliśmy 200 kor. na »Ochronę dziecka« do rąk Komendanta miasta.

Z powodu ogłoszenia niepodległości Królestwa polskiego uchwalił Wydział na odbytem ad hoc posiedzeniu wysłać telegramy gratulacyjne do Magistratu m. Warszawy, do Uniwersytetu i Towarzystwa lekarskiego, a Prezydyum Izby wzięło udział w uroczystościach, z tego powodu w mieście urządzonych.

Przechodząc do szczegółów sprawozdania z czynności, zaczynam od spraw o znaczeniu ogólnem:

I. Projekt statutu kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach, zatwierdzony na ostatniem posiedzeniu pełnej Izby, przedłożyliśmy wraz z umotywowanym memoryałem za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa do zatwierdzenia c. k. Ministerstwu spraw wewnętrznych. O przyspieszenie załatwienia tej sprawy interweniowałem osobiście w czasie pobytu w Wiedniu, a w styczniu b. r. otrzymałem prywatne zawiadomienie, że prócz możliwych nieznacznych poprawek, statut zasadniczo będzie zatwierdzony.

II. Z powodu, że zasadnicze uregulowanie i załatwienie reformy taryfy za czynności sądowo-lekarskie w obecnych stosunkach jest niemożliwe do przeprowadzenia, Wydział Izby wypracował memoryał, proponujący podwyższenie prowizoryczne wszystkich taks do podwójnej wysokości, zanim taryfa, uchwalona na XVI Wiecu, nie zostanie zatwierdzoną. Memoryał ten przesłaliśmy Wydziałowi wykonawczemu z prośbą o przedstawienie go Ministerstwu imieniem wszystkich Izb austr., a obecnie urgowaliśmy załatwienie tej sprawy.

III. W sprawie pomocy kredytowej i odszkodowań dla lekarzy, po otrzymaniu wiadomości ze strony Galicyjskiego Wojennego Zakładu kredytowego, że udzielenie kredytów ma być rozszerzone także do zawodów wolnych i zaproszeniu do przedłożenia opinii co do sposobu zorganizowania tej akcyi, Izba nasza wspólnie z innemi reprezentacyami wolnych zawodów, t. j. z Izbą adwokatów, notaryalną i inżynierską, rozpoczęła akcyę celem ustalenia i zjednoczenia naszego postępowania. Na kilku konferencyach, w których delegaci wymienionych Izb brali udział, umówiono zasady i wskazania dla udzielenia kredytów t. z. wolnym zawodom. W opracowanym przez naszą Izbę i przedłożonym Zakładowi kredytowemu memoryale staraliśmy się umotywować potrzebę rozszerzenia granic kredytu dla wolnych zawodów poza granice faktycznych szkód wojennych i udzielenia pomocy kredytowej bez względu na domowe lub zawodowe uszkodzenie, w ogólności w miarę koniecznych wydatków, spowodowanych wypadkami wojennymi, względnie zalegających wskutek wypadków wojennych, w granicach niezbędnych dla podtrzymania osobistej egzystencyi i umożliwienia dalszego wykonywania zawodowej działalności, przy uwzględnieniu minimum egzystencyi na kwotę 8000 koron rocznie.

Pod względem formalnym zażądaliśmy, by adstruowanie odnośnych wniosków powierzono reprezentacyom zawodowym. W załatwieniu naszych życzeń Zakład kredytowy w porozumie-

niu z Ministerstwem skarbu przyznał prawo korzystania z kredytów osobom z wykształceniem akad., nie pozostającym w żadnym stosunku służbowym lub prywatnym, z przeznaczeniem tego kredytu a) na sprawienie utraconego względnie odnowienie uszkodzonego wskutek działań wojennych urządzenia zawodowego lub domowego, niezbędnie potrzebnego do wykonywania zawodu, b) na sprawienie dalszych przedmiotów osobistego użytku, niezbędnie potrzebnych do wykonywania zawodu.

Na żądanie Zakładu kredytowego zestawiliśmy w porozumieniu z odnośnemi firmami kosztorys narzędzi, urządzenia pokoju ordynacyjnego i poczekalni, który ma służyć za podstawę przy wypośrodkowaniu kredytów. Wnioski kredytowe, nadchodzące od lekarzy, Wydział opiniuje i odsyła Władzom politycznym I. instancyi.

IV. Z powodu zamierzonego wyodrębnienia Galicyi, na wniosek Izby zachodnio-galicyjskiej, obie Izby zajęły się sprawą ukształtowania stosunków higieniczno-sanitarnych, a mianowicie w kierunku a) rozszerzenia legislatywy, b) nadania administracyi sanitarnej najdalej idącej samodzielności i c) reformy administracyi sanitarnej. Na odbytem wspólnem posiedzeniu obu Izb w Krakowie uchwalono zasadnicze żądania Izb przedstawić Kołu polskiemu i Ministrowi dla Galicyi przez umyślną deputacyę, która też w styczniu b. r. przedłożyła je odnośnym czynnikom imieniem nie tylko Izb, ale i Towarzystw lekarskich w Krakowie i Lwowie, otrzymawszy od tych ostatnich mandat do ich zastępstwa.

V. W sprawie zapewnienia dostatecznej pomocy lekarskiej w mieście Lwowie, Wydział Izby poczynił starania u odnośnych Władz cywilnych i wojskowych, aby w mieście pozostawić pewną liczbę lekarzy cywilnych na wszelki wypadek. Sprawa ta wymagała bardzo wiele czasu i zabiegów ze strony Izby, a uwieńczona została dzięki poparciu władz pomyślnym wynikiem, i pewna liczba lekarzy lwowskich otrzymała odpowiednie legitymacye do pozostania w mieście.

VI. Niemniej brała nasza Izba, wespół z innymi czynnikami miejscowymi, udział w akcyi co do pozostawienia sądownictwa i biura reklamacyjnego we Lwowie; sprawę tę przedstawiła deputacya wszystkich instytucyi publicznych, w której wziął udział Prezydent Izby, p. Namiestnikowi względnie Komendantowi armii na osobnej audyencyi.

VII. Sprawę wymiany lekarzy—zakładników i lekarzy jeńców przedłożyło Prezydyum ustnie na audyencyach p. Ministrowi spraw wewnętrznych i p. Namiestnikowi z prośbą o uwzględnienie lekarzy naszego okręgu a oprócz tego przedłożyliśmy pisemny wykaz lekarzy ze wschodniej Galicyi p. Namiestnikowi. Na naszą prośbę odniosło się c. k. Namiestnictwo w sprawie zakładników do Ministerstwa spraw wewn., w sprawie zaś lekarzy jeńców do Ministerstwa wojny i zawiadomiło nas, że co do zakładników akcya jest w toku, co do jeńców zaś rozstrzyga los.

VIII. W sprawie wydawania prywatnych orzeczeń lekarskich dla przetworów, wyrabianych przez fabrykę Laokoon, wydał Wydział orzeczenie, że nie jest odpowiedniem, ażeby lekarze na podstawie doświadczeń, z praktyki prywatnej zebranych, wydawali atesty co do skuteczności leków; badanie takie i stwierdzenie skuteczności powinno się odbywać w odpowiednich zakładach szpitalnych i naukowych.

IX. W sprawie dodatków drożyźnianych dla lekarzy okręgowych otrzymała Izba informacyę urzędową, że Wydział krajowy zarządził wypłatę tych dodatków w kwocie 1200 koron rocznie. W sprawie wstrzymania poborów stabilizowanemu lekarzowi okręgowemu, odbywającemu służbę wojskową, uchwalił pośredniczyć Wydział Izby w tym kierunku, że pobory te lekarzowi się należą.

X. Wskutek zgłaszania się lekarzy o informacye co do wakujących posad okręgowych, zwróciliśmy się do Wydziału krajowego z prośbą, by wykazy takie Izbie w drodze urzędowej przysyłano celem pośredniczenia w obsadzaniu wolnych miejsc. Życzeniu temu stało się zadość i w ostatnich dniach Wydział krajowy przysłał wykaz takich posad.

XI. Z powodu utrudnionych warunków aprowizacyjnych, Wydział Izby chcąc przyjść z pomocą lekarzom lwowskim, postanowił w jesieni r. 1916 założyć sklep miejski. Do tej akcyi przyłączyła się również Izba adwokatów i Gremium aptekarzy lwowskich, a po uzyskaniu zezwolenia ze strony Magistratu otworzyliśmy 1. listopada sklep w pasażu Mikolascha. Zarządu sklepu dokonuje komitet delegatów powyższych instytucyi, a mianowicie z naszej strony prezydent Izby, wiceprezydent Izby adwokatów Dr Łoziński i członek Gremium aptekarzy p. Krzyżanowski. Do sklepu należy osób 1316, rodzin 282, w czem mieści się lekarzy osób 453, rodzin 89.

XII. Z powodu konkretnego wypadku wydaliśmy orzeczenie, że lekarzowi wezwanemu do chorego do domu, przysługuje prawo żądania osobnego honoraryum za badanie i ordynacyę dalszych osób, przedstawionych mu do zbadania.

XIII. Z powodu wypadku, że c. k. Starostwo zakwestyonowało ważność świadectw szczepienia ospy przez lekarza prywatnego, odniosła się Izba do c. k. Namiestnictwa, które uznając słuszność wywodów, zniosło zarządzenie Starostwa.

XIV. Wydział Izby pośredniczył z pomyślnym skutkiem dla interesowanych w kilku wypadkach wypłaty zaległych rachunków, należnych lekarzom z tytułu zwalczania epidemii i szczepienia ospy przez c. k. Namiestnictwo, następnie wypłaty honoraryów dla lekarzy kas chorych, nie mniej wydał kilka orzeczeń w sprawach spornych o honorarya prywatne.

XV. Celem zapewnienia niezbędnej pomocy lekarskiej dla instytucyi publicznych, jak Poliklinika, Kasy chorych i t. p., zwróciliśmy się do Władz wojskowych o zwolnienie od służby lekarzy, w tych instytucyach zajętych; niektóre z tych reklamacyi zostały uwzględnione.

XVI. Doniesienia o partactwie lekarzy oddaliśmy Prokuratoryi państwa do urzędowania.

XVII. Dla Władz podatkowych wydaliśmy na żądanie, wyjaśnienia w sprawie niewykonywania praktyki, względnie zmniejszenia jej rozmiarów w tym duchu, że w okresie wojennym dochody z praktyki prywatnej zmniejszyły się we Lwowie co najmniej do połowy w porównaniu z okresem przedwojennym.

XVIII. W końcu wydał Wydział na żądanie Prezydyum sądu opinię co do kwalifikacyi rzeczoznawców sądowych i opiniował koncesye na otwarcie nowych aptek.

XIX. Do Krajowej Komisyi dla opieki nad inwalidami wojennymi zamianowała Izba swoim delegatem prezydenta Izby.

XX. W IV. pożyczce wojennej wzięła Izba udział, subskrybując kwotę 40.000 K. Od Rządu otrzymaliśmy roczny zasiłek z tytułu zwalczania epidemii w kwocie 8450 kor., ze Związku stowarzyszeń lekarskich w Wiedniu, w którym Izba opłaca za każdego lekarza po 2 kor. rocznie, otrzymaliśmy w roku 1916 kwotę 2494 kor. 96 hal.

XXI. Rada honorowa Izby odbyła w roku sprawozdawczym cztery posiedzenia, na których rozpatrywano już to sprawy osobiste, zażalenia ze strony władz lub stron prywatnych i przekroczenia reklamy publicznej. Z powodu sporu, wynikłego z mylnej interpretacyi i pozornej sprzeczności przepisów etycznych, odnoszących się do narad lekarskich a mianowicie §. 10. i 43., uchwaliła Rada honorowa przypomnieć lekarzom, że §. 43. etyki, uchwalonej w r. 1907 brzmi: »Konsyliaryuszowi nie wolno nadal ponownie odwiedzać chorego lub obejmować jego dalszego leczenia, jeśli się na to nie zgodzi wyraźnie ordynaryusz«, z uwagą, że w przyszłości Rada honorowa przekroczenia tego przepisu karać będzie w myśl przepisów dyscyplinarnych.

W roku sprawozdawczym Wydział Izby udzielił 12 uwolnień częściowych od opłaty rocznej, zapomóg udzielił 65 wdowom i sierotom w kwocie ogólnej 5140 koron, a wykaz obdarowanych opublikowano w protokołach z posiedzeń.

Na zakończenie podaję, że cyfrowo przedstawia się ogół czynności w ten sposób, że Wydział odbył 26 posiedzeń, liczba czynności, dokonanych przez Prezydyum, wynosiła 874 załatwień. Liczba lekarzy przynależnych wynosi nominalnie 814, z tego jest

obecnie w okręgu Izby:

a) poza Lwowem	95	
b) w mieście Lwowie	194	289
c) w powiatach zajętych		158
d) w niewoli, wzgl. wyjechali do Rosyi		40
e) w służbie wojskowej		248
f) wyjechało z miejsca pobytu		79
		814.

W ciągu roku zmarło 10 lekarzy.

We Lwowie, d. 28. marca 1917.

Dr Papée
Prezydent Izby.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem odbyła się 9. V. b. r. wstępna ankieta lekarska w sprawie zboczeń chorobowych, zawisłych od niedostatecznego lub nieodpowiedniego pożywienia. Ta wstępna ankieta stwierdziła, że w Krakowie wśród ludności mniej zamożnej zboczenia także zdają się zaznaczać, a wyraźniej zaczynają się zarysowywać wśród ubogiej ludności przychodniej (pozamiejscowej). Postanowiono zestawić dokładniejsze cyfry i zbierać dane w rozleglejszym zakresie.

We środę d. 16 b. m. odbędzie się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa.

Zmarli: Dr Zygmunt Dujanowicz, lekarz miejski z Zakliczyna, we Lwowie w 50 r. ż.

Bibliografia.

Prof. Oberndorfer. **Sektionstechnik. (Taschenbuch des Feldarztes,** VIII. Theil). Monachium 1917 (J. F. Lehmann). Cena 2 Mk. 50 f.

Pożyteczne wydawnictwo podręcznych książeczek wojskowolekarskich powiększył obecnie tomik o technice sekcyi zwłok. Tomik ten będzie szczególnie pożądany dla lekarzy armii niemieckiej, gdzie wskutek starań patologów z prof. Aschoffem na czele, została anatomia patologiczna »wojenna« należycie zorganizowana i rozpowszechniona. Prof. Oberndorfer podaje najważniejsze tylko metody, zwięźle i jasno, objaśniając je 22 dobrze wybranemi rycinami.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 16. maja** 1917 o godzinie 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Dr Rychliński: Demonstracya chorych. 2) Druga część wykładu prof. Godlewskiego i Dr Dadeja.

Walne Zgromadzenie Galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 26. maja 1917** o godzinie 6. wieczorem **we Lwowie** w lokalu Polikliniki powszechnej (ul. Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie za rok ubiegły, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Ewentualne wnioski członków. W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Przewodniczący: Dr Papée. Sekretarz: Dr Lilien.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 20. Kraków, 19. maja 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 19. maja 1917. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala garnizonowego Nr 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

I.

O zachowaniu się serca i pni tętniczych w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

Do typowych objawów przewlekłego zapalenia nerek, i to przebiegającego anatomicznie przedewszystkiem z bujaniem łącznotkankowem, należą, jak wiadomo, zmiany w sercu lub też w pniach wielkich naczyń, to jest w tętnicy głównej i płucnej, tak, że na obecności ich, a przedewszystkiem na stwierdzeniu przerostu mięśnia sercowego i zmian miażdżycowych w tętnicy głównej, opierano rozpoznanie przewlekłego zapalenia nerek, a wyłączano sprawę ostrą, w której przebiegu nie dochodzi nigdy do zaburzeń anatomicznych w sercu lub też w naczyniach obwodowych pod postacią miażdżycy. Badania jednak przedewszystkiem lat ostatnich wykazały, że przecież niezupełnie słuszne jest twierdzenie, jakoby przerost mięśnia sercowego bez innej podstawy, w danym przypadku wyłączał obecność sprawy ostrej w nerkach. Doświadczenie wykazało bowiem, że w klinice spotyka się przypadki stanowczo ostrego zapalenia nerek, w których stwierdzany przerost mięśnia sercowego (lewej komory) nie da się wytłómaczyć obecnością innej przyczyny, lecz musi stać w związku przyczynowym z istniejącą ostrą sprawą nerkową. Przypomnę tylko krótko pracę C. Friedländera, potem Silbermanna, którzy spostrzegali rozwijanie się przerostu lewej komory serca nieraz już w drugim tygodniu istnienia ostrego zapalenia nerek. Mannaberg podaje, że w $^1/_3$ przypadków ostrego zapalenia nerek spotykał powiększenie serca, a H. Strauss uważa jako pewnik, że pod wpływem ostrego zapalenia nerek może dojść, i to dość wcześnie, do rozwoju przerostu mięśnia sercowego. W wykładzie moim, wygłoszonym w kwietniu 1916 r. na zebraniu lekarzy wojskowych w szpitalu garnizonowym we Lwowie pod tytułem: »Über die Nierenentzündungen der Kriegsteilnehmer«, jak i w pracy »Über Nierenerkrankungen im Felde« ogłoszonej w »Feldärztliche Blätter der 2. Armee« (Nr 13. i 14. rok 1916), zwróciłem uwagę na to, jak często w przypadkach ostrego zapalenia nerek u żołnierzy spotykamy zmiany patologiczne w sercu, raz więcej przerost mięśnia, drugi raz więcej rozszerzenie komór serca, a także i stany patologiczne w tętnicy głównej, rzadziej zaś w tętnicy płucnej. Na podstawie tych spostrzeżeń zaliczyłem zmiany patologiczne narządu krążenia do objawów stałych i typowych dla ostrego zapalenia nerek u żołnierzy. Liczba moich przypadków, badanych w tym kierunku, wzrosła znacznie w ostatnim czasie, tak, że na podstawie ich będziemy się starali w niniejszej pracy dojść do wniosków ogólniejszych, opartych na większej liczbie przypadków. W ostatnim roku przez dłuższy lub krótszy czas pod moją opieką w szpitalu było 250 przypadków ostrego zapalenia nerek; w 119 z nich mogliśmy przeprowadzić szczegółowe badanie serca i głównych naczyń tętniczych, a w 67 z tych przypadków Dr Meisels, rentgenolog szpitala garnizonowego, wykonał szczegółowe badania rentgenowskie serca i pni naczyń głównych, i to także w tych, w których badanie fizyczne nie dawało żadnych podstaw do przyjęcia obecności jakichkolwiek zaburzeń w środkowym narządzie krążenia. W tych przypadkach właśnie dopiero badanie rentgenowskie nieraz wykazywało zmiany w sercu lub też w pniach głównych tętnic.

Dodam, że badane przypadki przedstawiały typowy obraz kliniczny ostrego kłębkowego zapalenia nerek (glomerulonephritis acuta), spotykany tak często u żołnierzy, który opisałem dokładnie w podanej pracy z poprzedniego roku. Stwierdzaliśmy w nich typowo bardzo znaczny ogólny obrzęk, w moczu duże ilości białka, a osad, prócz licznych wałeczków, zawierał bardzo obficie czerwone ciałka krwi, jako jeden z właściwych objawów tych postaci zapalenia nerek. Przypadki nasze nie odbiegają od obrazu, który w tej wojnie opisują i inni autorowie. Jasnem jest, że w obecnej pracy nie uwzględniamy zupełnie przypadków przewlekłego zapalenia nerek, jak i przypadków nawrotu zapalenia nerek u chorych, którzy przebywali zapalenie nerek już poprzednio.

Przechodząc do omówienia naszych spostrzeżeń, podam przedewszystkiem na pierwszem miejscu wyniki badania fizycznego serca i pni tętniczych, a zaznaczę odrazu, że ze 119 przypadków fizycznie obraz prawidłowy w tym kierunku spotkaliśmy tylko w 18 przypadkach, to jest 15% liczby ogólnej, natomiast w pozostałych 85% stwierdziliśmy nad sercem mniej lub więcej wyraźne zmiany patologiczne.

Wynik badania fizycznego był następujący: Oglądanie okolicy serca nie wykazuje ani nieprawidłowego wypuklenia (vaussure), ani rozleglejszego tętnienia. Uderzenie koniuszkowe stwierdzaliśmy rzadko, jako lekkie podnoszenie, w przeważnej liczbie przypadków zaś nie można go było wcale wykazać, i to nawet tam, gdzie nie było obrzęku na klatce piersiowej, który mógłby utrudniać badanie. W razie wyczuwalności uderzenia koniuszkowego stwierdzaliśmy je jako nieznaczne podnoszenie w V. międzyżebrzu, i to przeważnie w linii sutkowej lewej; dokładnie w 44% przypadków mogliśmy wykazać, że uderzenie koniuszkowe, jeżeli było macalne, lub też granica lewa serca w okolicy uderzenia koniuszkowego rozpoczynała się aż w linii sutkowej lewej; w trzech tylko przypadkach uderzenie koniuszkowe było przesunięte na lewo od linii sutkowej lewej. Pomruków (fremissement) nie stwierdzaliśmy nigdy. Stłumienie bezwzględne serca było prawidłowe

w 56% przypadków, a w 44% lewa granica serca rozpoczynała się w linii sutkowej lewej; granica prawa stłumienia bezwzględnego w przeważnej liczbie przypadków była jednak prawidłowa, a tylko w 15% sięgała ona do linii środkowej ciała. Innych nieprawidłowości stłumienia nie stwierdzaliśmy zresztą nigdy.

Krótko streścimy zmiany stłumienia sercowego następująco: W połowie przypadków istnieje powiększenie bezwzględnego stłumienia sercowego ku stronie lewej, i to najwyżej do linii sutkowej lewej; na prawo zaś w przeważnej liczbie granica stłumienia bezwzględnego zachowuje się prawidłowo, a tylko w małej części przypadków stłumienie sięga aż do linii środkowej ciała.

Dodać muszę, że u naszych chorych nigdy nie mogliśmy stwierdzić nieprawidłowego przytłumienia na rękojeści mostka, co mogłoby wskazywać na obecność znaczniejszego rozszerzenia łuku aorty i nigdy nie widzieliśmy nieprawidłowego tętnienia w dołku podsercowym.

Osłuchiwaniem znowu wykazywaliśmy nieprawidłowości przedewszystkiem nad koniuszkiem serca i w miejscu osłuchiwania zastawek tętnicy głównej. Stosunki osłuchowe prawidłowe nad koniuszkiem serca znaleźliśmy tylko w 22·5% naszych przypadków; w tych tony były czyste, ograniczone, nasilenie tonów było prawidłowe. W reszcie przypadków, to jest w 77·5%, stwierdziliśmy, osłuchując, objawy nieprawidłowe. Z tych przypadków w 24% były tony nad koniuszkiem serca bardzo głuche, rzadko tylko pierwszy ton, w 25% pierwszy ton był nieczysty, zbliżony do szmeru, a w 28·5% przypadków stwierdziliśmy nad koniuszkiem serca wyraźny szmer skurczowy w miejscu I. tonu, przy głuchym tonie rozkurczowym. Nad tętnicą główną znowu ton I (skurczowy) był nieprawidłowy tylko w 10% przypadków, więc głuchy lub nieczysty, w reszcie zaś prawidłowy; II. ton (rozkurczowy) natomiast był nieprawidłowy w 50% przypadków, i to wzmocniony, nieraz bardzo znacznie, a w 12% przypadków napewno ostrego zapalenia nerek II ton nad aortą był kłapiący, a nawet dźwięczny, podobnie, jak to przywykliśmy stwierdzać w przypadkach zapalenia nerek przewlekłego z bujaniem łącznotkankowem. W miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej ton skurczowy (I) nieraz był głuchy, lecz nigdy nie dało się stwierdzić wzmocnienia tonu II. Nad okolicą zastawki trójdzielnej stosunki osłuchowe były prawidłowe.

Krótkie streszczenie badania osłuchiwaniem: $^3/_4$ przypadków naszych przedstawiało się nieprawidłowo; w tych przedewszystkiem I. ton nad koniuszkiem serca jest nieprawidłowy, a w $^1/_4$ z nich w miejscu I. tonu nad koniuszkiem występuje wyraźny szmer skurczowy; nad tętnicą główną przeciwnie rzadko tylko I. ton jest nieprawidłowy, II. zaś w połowie przypadków jest nadzwyczaj głośny, kłapiący lub nawet dźwięczny.

Nadmienię jeszcze, że przeważnie wypełnienie tętnic obwodowych jest dobre, napięcie, zależnie od okresu, również dobre. Tętno w przeważnej liczbie przypadków było nieprawidłowo zwolnione, a bradykardya należała do objawów częstych, prawie stałych, i to również w przypadkach, nie okazujących cech mocznicy. Liczba tętna wynosiła często 50 do 60 uderzeń na minutę, a nawet spadała poniżej 50. Wypełnienie żył było zmienne, zależnie od stanu ogólnego.

Przechodząc do wyników badania rentgenologicznego, przypomnę, że szczegółowemu badaniu w tym kierunku poddaliśmy 67 przypadków ostrego zapalenia nerek; z tych tylko 7, to jest 10·4%, nie okazywało żadnych patologicznych zmian, ani w sercu, ani w pniach tętnic głównych, w reszcie zaś, to jest w 86·9%, mogliśmy stwierdzić rentgenologicznie nieprawidłowe zachowanie się serca lub aorty, rzadko zaś tętnicy płucnej.

Najczęściej sprawą patologiczną było zajęte serce samo, i to w 74·6% wszystkich przypadków. Do najczęstszych zmian patologicznych należy przerost mięśnia lewej komory serca, który stwierdziliśmy w 30 przypadkach, to jest w 45% tych, które zbadano promieniami Roentgena. Przerost komory lewej niezawsze był jednakowego stopnia, raz więcej, raz mniej wybitny i przeważnie bez równoczesnego rozszerzenia komory lewej, które spotkaliśmy równocześnie tylko w paru przypadkach. Znacznie rzadziej, a mianowicie tylko w 20 przypadkach (29%), stwierdziliśmy w sercu tylko rozszerzenie komór, i to w 12 z nich (17·9%) rozszerzenie dotyczyło obu komór serca, a w 8 (11·1%) tylko komory lewej, bez równoczesnych zmian w prawej komorze serca. Do najrzadziej stwierdzanych zmian należało wyraźne rozszerzenie lewego przedsionka, które wykazaliśmy w 3 przypadkach; nigdy zaś, co z naciskiem musimy podkreślić, nie stwierdzaliśmy rentgenologicznie ani przerostu komory prawej, ani zmian w prawym przedsionku serca.

Zmiany patologiczne, dotyczące serca, były zwykle połączone z równoczesnemi zmianami w pniu tętnicy głównej; u 34 chorych były zmiany równoczesne w sercu i w aorcie, a odosobnione zmiany tylko w samem sercu bez innych zaburzeń wykazaliśmy tylko w 16 przypadkach.

Poza sercem najczęściej sprawą patologiczną była zajęta tętnica główna, i to w 62·6% rentgenologicznie badanych przypadków. Z tych w 42 wykazaliśmy rozlane rozszerzenie tętnicy głównej, raz mniej, raz więcej wybitne; nigdy nie osiągało ono stopnia bardzo znacznego. Najczęściej ulegała rozszerzeniu część wstępująca, rzadziej równocześnie łuk, a w paru przypadkach i część zstępująca aorty. Dodam przytem, że nasycenie cienia aorty nie dawało żadnych pewnych danych do oceny zachowania się samej ściany tętnicy głównej.

Wspomniane rozlane rozszerzenie tętnicy głównej, jako zmianę jedyną, stwierdziliśmy tylko w 8 przypadkach, przeważnie zaś, to jest w 34, obok niego znajdowaliśmy zmiany i w sercu; w 18 z nich obok rozszerzenia aorty istniał przerost lewej komory serca.

Jako zmianę bardzo ciekawą wykazywało badanie rentgenowskie w 12 przypadkach (17·9%) wypuklenie cienia tętnicy płucnej, które można uważać za objaw rozszerzenia pnia tętnicy płucnej, lecz zawsze równocześnie istniały i inne zmiany w krążeniu centralnem. I tak w 4 przypadkach równocześnie istniało rozszerzenie, w 6 czysty przerost komory lewej serca; w 5 znowu stwierdziliśmy równocześnie także rozszerzenie tętnicy głównej, raz jeden rozszerzenie lewego przedsionka, a raz rozszerzenie prawej komory serca. Zaznaczyć muszę, że uwzględniamy tylko te przypadki, w których wypuklenie cienia tętnicy płucnej było dostatecznie wyraźne. Tu muszę dodać, że we wszystkich przypadkach rozszerzenia pnia tętnicy płucnej badanie fizyczne, z wyjątkiem dwu, wykazało miękki szmer skurczowy nad koniuszkiem serca, a w dwu tylko bardzo głuchy pierwszy ton.

Krótkie streszczenie wyników badania rentgenologicznego: Badanie to wykazuje najczęściej rozszerzenie tętnicy głównej — w $^2/_3$ wszystkich przypadków; w połowie zaś znajdujemy przerost lewej komory serca, rzadziej rozszerzenie obu, lub tylko lewej komory, a w 12 przypadkach rozszerzenie pnia tętnicy płucnej.

Na podstawie tych wyników badania fizycznego, jak i rentgenologicznego, sądzę, że jesteśmy zupełnie uprawnieni do twierdzenia, iż zmiany patologiczne w sercu i w pniach tętnic głównych należą do objawów stałych ostrego kłębkowego zapalenia nerek u żołnierzy. Chociaż badanie fizyczne jeszcze w 15% przypadków nie pozwala na wykazanie stanu patologicznego środkowego narządu krążenia, to przecież dopiero badanie rentgenologiczne wykazuje, że tylko w 10·4% przypadków serce i pnie tętnicze są wolne od schorzenia,

a w 89·6% środkowy narząd krążenia przy ostrem zapaleniu nerek kłębkowem jest dotknięty sprawą patologiczną.

Za najważniejszą zmianę, stwierdzaną w połowie naszych przypadków, musimy uważać przerost mięśnia lewej komory serca, którego rozpoznanie opieramy z jednej strony na wynikach badania rentgenologicznego, a z drugiej badania fizycznego, więc na stwierdzeniu lekkiego rozszerzenia stłumienia sercowego ku stronie lewej, wzmocnieniu drugiego tonu nad tętnicą główną i na wypełnieniu tętnic obwodowych. Zaznaczę, że do obecności tych zmian, i tak częstej, nie jesteśmy przyzwyczajeni w przypadkach ostrego zapalenia nerek, tak, że musimy się zastanowić nad tem, czy przyczyną ujemnych wyników w tym kierunku w przypadkach »pokojowego« zapalenia nerek nie są tylko braki samego badania fizycznego, zaniedbania stałej kontroli zachowania się serca w przypadkach zapalenia nerek przez prześwietlanie rentgenowskie; a może u naszych chorych wchodzą w grę inne szczególne czynniki etyologiczne, które mają swe źródło w samej służbie wojennej dotkniętych osobników. Tę sprawę musimy się starać rozświetlić, zanim będziemy mogli wysnuwać ogólniejsze wnioski z naszych licznych spostrzeżeń.

Stanem serca u żołnierzy w czasie wojny zajmowało się wielu autorów od samego początku wojny i sprawa ta była jednym z głównych tematów niemieckiego Zjazdu internistów w maju w Warszawie w 1916 r. Badania te wykazały, że przerost lewej komory serca należy do objawów bardzo częstych u żołnierzy, powracających z frontu bojowego. Między innymi podaje Wenckebach, że na stu żołnierzy piechoty u 47 znalazł powiększenie serca, a wśród nich u 42 stwierdził czysty przerost lewej komory serca, który on uważa za objaw fizyologiczny, wywołany przez zwiększoną pracę osobnika, a nie za stan chorobowy serca. Kaufmann znowu, który rozporządzał bardzo dużym materyałem żołnierzy, podaje również przerost serca, jako objaw bardzo częsty u żołnierzy, powracających z pola walki. Do podobnych wniosków doszli między innymi Schieffer, Külbs i Dietlen.

(Dokończenie nastąpi).

W sprawie rokowania przy gruźlicy otwartej płuc i gardła

podał

Dr Henryk Wilczyński (Zakopane).

W żadnej chorobie nie panują wśród lekarzy i laików ogólniki w tym stopniu, co w sprawie gruźlicy płuc. A wiele utartych już niejako pojęć i poglądów, nie skontrolowanych należycie doświadczalnie, powtarza się nawet w poważnych podręcznikach. Mimo wykrycia prątka gruźliczego, leczenie gruźlicy od lat stoi w miejscu. W ten lub ów sposób staramy się wzmocnić ustrój, niejako uodpornić go, w ten lub ów sposób dążymy do usunięcia, zabliźnienia lub zwapnienia ogniska gruźliczego. Każdy system leczenia ma swych zwolenników i obrońców. Jednakowoż jedynie sanitarne reformy, przepisy i uświadomienie ogółu wykazują w tej dziedzinie postęp. Tam, gdzie walka z gruźlicą przybrała charakter społeczny, — zmniejsza się odsetka zachorowań; jednakowoż statystyka wyzdrowień jest mniej więcej ta sama, zależna od odporności ustroju, stopnia choroby, a w pewnej mierze i od charakteru zabiegów leczniczych. Naprzykład chorzy w sanatoryach łatwiej i skuteczniej osiągają poprawę, niż w domu prywatnym lub podczas turystyki; również poprawa, uzyskana w klimacie chłodnym, zdaje się być trwalszą, niż poprawa, uzyskana nad morzami południa. Każdy lekarz specyalista stara się w cyfry ująć wyniki leczenia. W gruźlicy płuc i gardła liczby wyleczeń i polepszeń służą nawet za reklamę dla rozmaitych zakładów. Każde sprawozdanie sanatoryalne jest przepełnione liczbami.

Jednakże zastanowić musi, dlaczego pewne postacie choroby są łagodniejsze, mimo zmian rozległych, inne — mimo zmian początkowych — dążą szybko ku kresowi; dlaczego blondyni i blondynki zwłaszcza są naogół mniej odporni na gruźlicę, dlaczego ona w ustrojach z usposobieniem do skazy moczanowej przebiega łagodniej; dlaczego zołzy u jednych leczą się łatwo, u drugich po kilku latach mimo starań zapobiegawczych rozwija się niepowstrzymanie gruźlica opon mózgowych, płuc, lub kości, jelit i t. p. Teorye o uodpornianiu przez jednorazowe pokonane zakażenie, o większej odporności tych ustrojów, które już chorowały, dalej teorye o wytrzymałości ludzi starszych »po trzydziestce«, znajdują uzasadnienie jedynie w statystyce, natomiast trudno dopatrzeć się powodów tej różnicy w warunkach biologicznych, trudnych do poznania właśnie w gruźlicy.

Surowice, szczepionki, jady i inne przetwory, uzyskiwane z rozmaitych preparatów prątka gruźliczego ludzkiego, bydlęcego, nawet żółwiowego, wreszcie przetwory, uzyskane z prątków chorego osobnika i u tegoż osobnika stosowane, dalej wysięk zapalny, jako naturalny produkt walki zarazka z ustrojem, stosowano nieraz z dobrym skutkiem. Trudno przypuścić, by ta obszerna kazuistyka i opisy szeregu przypadków były złudzeniem, lub zgoła błędem. Być może, że prawda leży właśnie w nieobliczalności gruźliczego schorzenia co do rokowania.

Każdy praktyk przeżył z pewnością niejeden zawód, iż młody suchotnik ze zmianami dość daleko posuniętemi — zdrowiał, kończył nauki i robił karyerę, a odwrotnie — inny, u którego tylko niewielkie zmiany znaleść można było w prawym szczycie, gdzie, zdawałoby się, trochę odpoczynku i »świeżego« powietrza wystarczyłoby dla uzdrowienia, ginął na uogólnioną gruźlicę.

Wykrycie źródła, z którego płynie odporność lub brak jej w ustroju, lub też poznanie przyczyny większej lub mniejszej złośliwości prątka gruźliczego, oto zadanie, dotychczas nie rozwiązane, a ponętne.

W wydzielinach chorych na gruźlicę spotykamy prątki Kocha. Czy jest ich wiele, czy mało, to ma dla chorego znaczenie podrzędne. Tabela Gaffkyego jest przeżytkiem.

Natomiast bakteryolodzy i lekarze zauważyli, że prątki te różnią się między sobą. Rozpoznawano kształty »inwolucyjne«, t. j. o zabarwieniu przerywanem, lub postacie nieregularne, miejscami przewężone albo niejako napęczniałe. Sądzono, że powstanie takiej »inwolucyi« świadczy o zwyrodnieniu szczepu prątków i o pomyślnym zwrocie w kierunku zwalczania choroby. Moje spostrzeganie na setkach przypadków wykazało, że znalezienie prątków gruźliczych przerywanych, zazwyczaj stosunkowo długich, świadczy o złośliwym przebiegu sprawy; nie są to więc postacie inwolucyjne. Inaczej z prątkami pokurczonymi jakby i napęczniałymi; to, być może, jest wyrazem upośledzenia ich rozwoju. Dalej zauważono typy prątków dłuższych i krótszych (tbc — bacillus humanolongus i tbc — bacillus humanobrevis). Na te postacie zwracałem baczniejszą uwagę od lat dziewiętnastu. Ale dopiero podczas wojny mogłem swoje spostrzeżenia sprawdzić na większym materyale. Zastanawiało mię, iż ci chorzy, w których plwocinie znajdowałem prątki krótkie, grubsze, jednolicie zabarwione, mieli łagodny przebieg choroby, z małą gorączką lub bez gorączki, o postaci przeważnie włóknistej; ale i w plwocinie z jam takie prątki spotykałem. Naprzykład jeden z chorych ma od lat piętnastu wielką jamę, sporo odplucia, a zawsze z tym samym typem prątków; nie gorączkował wysoko nigdy, przeważnie nie gorączkował wcale; żona jego zdrowa, a jedno z czworga dzieci urodziło się z gruźlicą, na którą w kilka tygodni zmarło.

Gruźlica gardła przebiegała powolniej, zabliźniając się nawet, jeśli prątki były krótkie, barwiące się jednolicie.

W przypadku gruźlicy jelit u dziewczynki 5-letniej (obecnie już dwunastoletniej) wykryto w śluzie kału liczne prątki typu krótkiego. Sprawa z powodu ustawicznego stanu podgorączkowego, krwawień jawnych z jelit i objawów nieżytowych, bardzo częstych, wydawała się przegraną; jednak po 2 latach nastąpiła poprawa. Jest to drugi dopiero spostrzegany przezemnie przypadek przycichnięcia gruźlicy jelit. W pierwszym — u dorosłej kobiety, operowanej, przed laty znalazłem w plwocinie prątki krótkie.

Natomiast fatalny przebieg bywał tam, gdzie wykrywałem prątki długie, cienkie, a szczególnie o przerywanem zabarwieniu. Ani jeden z takich chorych nie wyzdrowiał, prawie wszyscy od początku mieli szybko postępującą chorobę. W ostatnich latach odważałem się na mocy właśnie wykrycia tego typu długich prątków rokować niepomyślnie już w początkach choroby i niestety rokowania zawsze się sprawdzały.

Zdarzało się, że prątków krótkich było bardzo wiele, całe kolonie, po kilkaset w polu drobnowidowem, a chory zdrowiał; natomiast kilka długich, cienkich, przerywanych prątków wróżyło o niepomyślnem rokowaniu.

Takiego chorego z gruźlicą otwartą, u którego raz znajdował się jeden typ prątków, innym razem drugi typ prątków nie miałem. Niedawno pisano o tem, że typ prątków trzyma się niejako danej pożywki (Kromberger: Beiträge z. Klin. d. Tuberk. 1915, Bd. 33, H. 4, S. 267), i ta właśnie praca zniewoliła mnie do ogłoszenia moich spostrzeżeń już teraz, wbrew pierwotnemu zamiarowi, by przedstawić rzecz później, wraz z całem piśmiennictwem, obecnie mi niedostępnem. Spostrzeżenia moje zbierałem w praktyce wiejskiej na Ukrainie, od roku 1904 w Zakopanem, w ostatnich dwóch latach w Krakowie, w szpitalach wojskowych.

Spostrzeżenia te mają tę praktyczną stronę, iż jeśliby istotnie długi typ prątków gruźliczych zawsze źle rokował, podobnie jak odczyn dwuazowy (czy ma z nim przyczynowy związek?), lecz o wiele wcześniej, to możnaby nieraz uniknąć znacznych kosztów leczenia w sanatoryum. Prócz tego należałoby takiego chorego zawsze odosobnić, ile możności dokładnie, gdyż jego prątki są złośliwe.

Zdarzało mi się badać plwocinę, w której prątki były rozmaitej długości, krótsze i dłuższe, jakby o typie mieszanym. Jeśli się znajdowały prątki niejednostajnie się barwiące, jakby dziurkowane — zejście było niepomyślne. Wspomnę tu o dwu przypadkach gruźlicy ostrej po zapaleniu płuc. W jednym u młodego żołnierza było mnóstwo prątków, wszystkie długie, przeważnie przerywane. W drugim przypadku u młodej kobiety było niewielkie ognisko po stronie lewej w dolnym płacie z nielicznymi prątkami długiego typu. W pierwszym przypadku szybkie zejście śmiertelne, w drugim mimo sztucznej odmy na początku niemal sprawy gruźliczej, po roku blizko ciągłej gorączki i podtrzymywania odmy — również zejście śmiertelne.

Na salach gruźliczych w szpitalach wojskowych chorzy byli zgromadzeni razem, mieli tę samą dyetę i jedli, wiele apetyt pozwalał, znosili te same niewygody i ograniczenia z rozmaitych powodów, a jednak mimo wilgotnego miejskiego powietrza chorzy z prątkami krótkimi raźniej się trzymali, przestawali gorączkować, waga i siły wzrastały, kaszel ustawał. Natomiast mało który chory z prątkami długimi doczekał się superrewizyi. Zarazki gruźlicze, znajdowane przezemnie w zapaleniu opon mózgowych, najądrzy, w ropie z przetok, w śluzie kału przy gruźlicy jelit (wyjątek wyżej opisany), — były także długie i cienkie. Co prawda, były to same beznadziejne przypadki, stosunkowo nieliczne.

Pozostaje jeszcze zastanowić się, jakie zjawiska biologiczne mamy tu przed sobą.

Jeśli przyjmiemy, iż prątki gruźlicze stanowią wogóle odrębną, pokrewną sobie rodzinę (jak n. p. prątki czerwonki), to można przypuścić, iż prątki długie i prątki krótkie są typami odrębnymi. Udałoby się to wykazać zapomocą badań aglutynacyjnych, a może i anafilaktycznych, jak próba Moro lub Pirqueta i t. p.

Gdyby się jednak okazało, że jest to ten sam typ, tylko w ustroju podatnym ulega jakby wybujaniu, mielibyśmy t. zw. mutacyę. Jednakowoż dowieść tej mutacyi byłoby trudno ze względu na niemożliwość doświadczeń na ludziach.

Pozostaje jeszcze droga śledzenia w ciągu lat u tych samych chorych, czy nie zachodzi u nich zmiana typu prątków. Trzeba przy pogorszeniach i nawrotach badać, czy wciąż ten sam typ się utrzymuje, oraz czy nie było powodu do nowego zakażenia prątkami odmiennego typu. Należy szczególnie mieć na oku suchotników z prątkami długimi. Bo chociaż nie zdarzyło mi się u takich widzieć wyleczenia ani stalszej poprawy, to może inni koledzy będą szczęśliwsi.

Streszczając moje spostrzeżenia i myśli, wypowiadam przypuszczenie, iż:

1) Typy prątków gruźliczych ludzkich są niejednakowo złośliwe.

2) Prątki długie, a zwłaszcza niejednostajnie barwiące się sposobem Ziehl-Neelsena (dziurkowane), są złośliwsze, dają podstawę do niepomyślnego rokowania.

3) U chorego na otwartą gruźlicę stwierdza się zazwyczaj jeden typ prątków w ogniskach pierwotnych i wtórnych.

4) Należy zbadać, czy próby anafilaktyczne w przypadkach gruźlicy utajonej (zamkniętej) wypadają jednakowo z tuberkuliną prątków długich i krótkich.

5) Należy zbadać doświadczalnie, jak się zachowa złośliwość typów prątków ludzkich u zwierząt.

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.

Ciało obce (igła strzykawki) w płucu i jamie opłucnej

opisał

Dr Wilhelm Türschmid,

kierownik szpitala.

Ciała obce dostają się do płuc na trojakiej drodze.

Pierwsza i najczęstsza, to naturalna droga poprzez krtań, tchawicę i oskrzela, którędy ciała obce przy akcie wdechu mogą być aspirowane i dostawać się do płuc.

Częściej cierpi na tem prawe płuco, którego główne oskrzele przy podziale (bifurcatio) pod mniej ostrym kątem, łagodniej, odgina się w bok, aniżeli oskrzele główne płuca lewego, stanowiąc przez to prostszą drogę dla wnikania ciał obcych.

Drogą tą aspirowane ciała obce mogą w płucu wywołać odczyn w postaci natychmiastowego napadowego kaszlu, który nieraz szczęśliwie wyrzuca ciało obce z powrotem na zewnątrz, lub też co gorzej w postaci krwioplucia, krwotoków płucnych, zapaleń, ropnia i zgorzeli płuca.

Nieraz ciało obce, aspirowane do płuc, może tu pozostawać miesiące, a nawet lata całe (jak w opisanym przez Jova przypadku, gdzie aspirowany gwóźdź przebywał spokojnie 7 lat w płucu), poczem po tyloletnim spoczynku daje ono czasem powód do zgoła nieoczekiwanej i niewytłumaczonej na razie zgorzeli płuc lub też ropnia płucnego, jak to było n. p. w przypadku, opisanym przez Grunerta, gdzie w przyczynowo niewyjaśnionym na razie ropniaku opłucnej i ropniu płuca znaleziono od paru lat pozostałe w płucu źdźbło i kłos zboża. Podobny przypadek opisuje też Tillmanns, gdzie przy sekcyi dziecka, zmarłego z powodu ropnia płuca, znaleziono w płucu 5·2 cm. długi kłos żytni.

Drugą, stosunkowo rzadką drogę dla przedostawania się ciał obcych do płuc stanowi przewód pokarmowy, a więc w szczególności przełyk, z którego ciała te przez przebicie wędrować mogą aż do płuca. Rozumie się, że rokowanie w tych przypadkach jest zasadniczo złe z powodu następowych spraw ropnych w śródpiersiu, a zejście bywa prawie zawsze śmiertelnem. Dodać należy, że rokowanie zależy tu też w dużej mierze od jakości i kształtów ciała obcego, które n. p. w przypadku Seidla w postaci 2·2 cm długiej, połkniętej przed 5 laty igły przedostało się do płuca, nie wywołując po drodze żadnych objawów ropnego zajęcia śródpiersia i zostało wydobyte z płuca przy pomocy bronchoskopii.

Trzecią wreszcie drogą dla wędrówki ciał obcych do płuc jest droga od zewnątrz klatki piersiowej poprzez jamę opłucną. Jeżeli wyłączymy, jako osobną grupę, dzisiejszą dużą kazuistykę wojenną pocisków i ich części w płucach, to w przedwojennych czasach drogą tą ciała obce dostawały się do płuca względnie rzadko. Zależnie od jadowitości drobnoustrojów, które z ciałem obcem wtargnęły poprzez jamę opłucną do płuc, oraz od rozmiarów towarzyszącej rany skórnej, kształtowały się wtórne, prawie że nieodłączne następstwa w postaci ropniaka opłucnej oraz ropnia i zgorzeli płuca.

Jakość ciał obcych, napotykanych w płucach, jest bardzo rozmaita.

Najczęściej spotykano w płucach kości, aspirowane wśród jedzenia potraw (Kilian, Schilling, Hesse), to znów kłosy żytnie, szczególniej u nieletnich dzieci (Beckmann), raz ułamane ostrze noża (Baldwin), nasadkę metalową ołówka (Flörcken), nasadkę z trąbki dziecinnej (Sehrt), kawałki lustra (Hesse), igłę do szycia (Seidel), raz znów, i to w wysięku ropnym opłucnej, około 9 cm długi, a $3^1/_2$ cm szeroki kawał koszuli, który przy rozległej ranie klatki piersiowej, zadanej piłą, został wprost wparty do środka i tu pozostając długi czas, dawał powód do przewlekłego ropniaka opłucnej (Bichler).

Ciekawie przedstawia się przypadek, opisany przez Hessego: 24-letni kelner przy schodzeniu do piwnicy upada i uczuwa kłujący ból w okolicy lewej łopatki. Popod lewym kątem łopatki rana wielkości 10-halerzówki; żadnego ciała obcego ani obmacywaniem, ani prześwietlaniem promieniami Roentgena nie wykryto. Podskórna odma powietrzna i odma piersiowa po stronie lewej wystąpiły tuż po wypadku. Po parodniowem leczeniu wyczekującem wykonano w piątym dniu po wypadku z powodu pogorszenia się stanu ogólnego i podniesienia ciepłoty zabieg operacyjny w postaci otwarcia jamy opłucnej i istniejącego tu ropniaka; zabieg ten wykrył w jamie opłucnej 12 cm długi ołówek!

Spostrzegany przezemnie przypadek, który usprawiedliwia te przedwstępne uwagi, zajmuje osobliwe miejsce pod względem jakości ciała obcego, i sądzę, że zainteresuje tak chirurga, jak też i internistę.

D. 14. XII. 1916 zostałem wezwany na naradę lekarską celem udzielenia pomocy chirurgicznej.

Chory, 26 lat liczący, dziedzicznie w kierunku chorób płucnych nie obciążony, choruje od $1^1/_2$ roku. Początkowo leczony na nieżyt szczytów płuc w »Klein Semmering« obok Litomierzyc w Czechach, wrócił do Zakładu Dr Dłuskiego w Zakopanem, gdzie przebył około 7 miesięcy przy coraz to dalej postępującem polepszaniu się stanu płuc. Ciepłota ciała, dawniej wynosząca powyżej 38° wieczorem, opadła do stanów podgorączkowych; chory nie miewał potów, przybierał na wadze, apetyt dobry.

Zdjęcie rentgenowskie, w tym czasie wykonane, wykazuje znaczne zmiany w szczycie oraz u wnęki płuca lewego, a tylko nieznaczne zresztą zagęszczenie tkanki płucnej w dolnych częściach płuca prawego. Przy ciągle postępującem polepszeniu chory został przeniesiony z powodów służbowych do innego Zakładu leczniczego i tu po parotygodniowym pobycie nagle w niespodziewany sposób d. 26. VII 1916 przy gwałtownym napadzie kaszlu chory uczuł ogromną duszność, a badanie lekarskie stwierdziło odmę opłucną zupełną po stronie prawej, a więc tej, w której tak poprzednie badanie, jako też i prześwietlenie promieniami Roentgena stwierdziło sprawę chorobową mniej posuniętą, niż po stronie drugiej. Po wystąpieniu odmy chory przez parę dni walczył wprost ze śmiercią i niewypowiedzianą dusznością, podtrzymywany wstrzykiwaniami olejku kamforowego i naparstnicą. W drugi tydzień po odmie wystąpiły z tejże strony (prawej) objawy wysięku, i to spodziewano się przy wysokiej ciepłocie wysięku ropnego.

Nakłucia próbne, wykonane sześciokrotnie przez czas pięciomiesięczny przy występujących od czasu do czasu podniesieniach ciepłoty, wykazywały zawsze, ku zdziwieniu ordynujących lekarzy, płyn surowiczy czysty, w którym badanie bakteryologiczne nie wykrywało prątków Kocha.

D. 13. XII. przystąpiono do siódmego z rzędu nakłucia próbnego i przy temże przy wydobyciu płynu strzykawką Record w rękach doświadczonego kolegi igła (wyrób wojenny) ułamała się i przy niespodzianym ruchu, czy kaszlu chorego cofnęła się w głąb. Przy pomocy zawezwanych kolegów nacięto w miejscu wkłucia, igły jednak nie znaleziono.

Od tego czasu chory bardzo niespokojny, podniecony, miewa napady duszności. Przy badaniu, podjętem na miejscu, poza podniesieniem ciepłoty, nie przekraczającem jednak 38°, znalazłem objawy wysięku opłucnego prawostronnego, sięgającego aż do szczytu płuca i odsuwającego znacznie serce ku stronie lewej; wedle zdania kolegów ordynaryuszy wysięk zwiększył się znacznie od paru dni. Uderzenie koniuszkowe serca w V. międzyżebrzu na 3 cm poza linią sutkową ku stronie lewej. Tony serca głuche, ton drugi nad tętnicą płucną wyraźnie zaostrzony. Tętno 126 na minutę, regularne. Ciepłota 37·8°. W miejscu bezskutecznego nacięcia celem odszukania igły i w okolicy ani wzrokiem, ani obmacaniem nie zdołałem wykryć ciała obcego. Wobec objawów ucisku wysięku na serce, dużej duszności i wielkiego podniecenia chorego postanowiliśmy po naradzie z kolegami, że wysięk należy bezwarunkowo wypuścić; ze względu na obecność ciała obcego zdecydowaliśmy się na radykalną resekcyę żebra i torakotomię oraz na równoczesne wydobycie ciała obcego.

Operacyę wykonałem w dniu 20. grudnia 1916, L. prot. st. chor. 1080, L. oper. 358, w szpitalu w Nowym Targu. Cięcie przez bliznę, pozostałą po bezskutecznem nacięciu, wykonanem poprzednio, aż do żebra z przecięciem okostnej żebrowej. Po rozsunięciu hakami brzegów rany nie można nigdzie wyczuć ciała obcego. Po oddzieleniu okostnej i zresekowaniu żebra na długości 6 cm otwarto jamę opłucną i wypuszczono około $1^1/_2$ litra płynu surowiczego mętnego. Po założeniu szerokich haków na brzegi nacięcia opłucnej ujrzałem na dolnym płacie zapadłego płuca masy włóknikowe, ułożone w postaci pasma, grubego na 2 palce, ciągnącego się od płuca ku opłucnej żebrowej tuż popod miejscem nacięcia. Przez dotknięcie palcami przekonałem się, że w głębi tych mas włóknika znajduje się igła, wbita końcem w płuco, a wolnym końcem zwrócona ku jamie opłucnej. Ciało obce (igła długości 7 cm) wyjąłem z płuca i ze względu na znaczne zmętnienie płynu wysiękowego, w którym badanie mikroskopowe wykazało dużą ilość ciałek ropnych, założyłem dwa sączki gumowe do jamy opłucnej; resztę rany zeszyłem.

Przebieg pooperacyjny po 5-dniowem znacznem podniesieniu ciepłoty nie odbiega w niczem od zwykłego typu podobnych przypadków.

Dostanie się igły końcem do płuca tłumaczyć należy nabiciem się płuca na igłę przy gwałtownym wdechu, kaszlu lub ruchu chorego i wciągnięciu jej w głąb przy pierwotnem bezskutecznem poszukiwaniu.

Piśmiennictwo. 1) Kilian. Deut. med. W. 1900. — 2) Jova. Ref. Zentr. f. Chir. 1900. — 3) Beckmann. Deut. Zeits. f. Chir. Bd. LXIV. — 4) Baldwin. Ref. Zentr. f. Chir. 1903. — 5) Bichler. Münch. med. W. 1905. — 6) Grunert. Med. Klinik 1906. — 7) Bayer. Münch. med. W. 1909. — 8) Schilling. Ref. Z. f. Chir. 1910. — 9) Seidel. Münch. med. W. 1910. — 10) Hesse. Zentr. f. Chir. Nr 30, 1912. — 11) Sehrt. Münch. med. W. 1913. — 12) Flörcken. Zentr. f. Chir. 1913. — 13) Tillmanns. Zentr. f. Chir. 1913.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 21. VI. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 21.

1) Przewodniczący odczytuje list kol. Ciechanowskiego, zawiadamiający, że Redakcya »Przeglądu lekarskiego« otrzymała od wojskowego Zarządu gubernialnego z Lublina pisemny wy-

raz podziękowania i uznania z powodu publikacyi w sprawie zapobiegania i zwalczania chorób wenerycznych.

2) Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

3) Kol. Blassberg wygłosił wykład p. t.: **Przyczynek do żółtaczki epidemicznej.** Liczba schorzeń na żółtaczkę u osób żyjących w tych samych warunkach, a mianowicie po szkołach, więzieniach i kasarniach, tak się niekiedy wzmaga, że przybiera charakter epidemiczny. Na podstawie własnych spostrzeżeń oraz na podstawie rozpatrzenia wszystkich dotychczas przytaczanych czynników etyologicznych wyraża kol. B. przypuszczenie, że glisty mogą w korzystnych warunkach, mnożąc się u ludzi, wywoływać masowe schorzenia przewodu pokarmowego i t. zw. żółtaczkę epidemiczną.

W dyskusyi kol. Grünhut podnosi, że żółtaczkę u dzieci spotyka się dość często na tle glist.

4) Kol. Gieszczykiewicz wypowiedział wykład: **O rozpoznawaniu i leczeniu ospy.** We wstępie podał prelegent statystykę, zebraną co do ospy w szpitalu zakaźnym w Łobzowie. Wśród przeszło 100 przypadków śmiertelność wynosiła 11·5%. Szczepienie chroni od zachorowania na przeciąg około 10 lat, jeszcze kilkanaście lat po szczepieniu występuje ospa w postaci złagodzonej. Szczepienie, wykonane 5—20 dni przed zachorowaniem, chroni przed chorobą, albo łagodzi jej przebieg. Szczepienie w ostatnich 4 dniach przed zachorowaniem nietylko nie chroni, lecz nawet zaostrza przebieg choroby (faza ujemna). Następnie omawiał kol. G. dyagnostykę różniczkową ospy w pierwszych okresach i ospy złagodzonej, podając, jak często rozmaite objawy, podawane jako charakterystyczne dla ospy w tym okresie, dały się w szpitalu łobzowskim spostrzegać i z jakiemi pomyłkami rozpoznawczemi miał sposobność się spotkać. Potem omawia dyagnostykę eksperymentalną ospy, w szczególności oddziaływanie na szczepienie, odczyn rogówkowy u królika i odczyn odchylenia dopełniacza. W końcu przechodzi kol. G. do leczenia, uwzględniając głównie próby leczenia swoistego: seroterapię, chemoterapię (stosowanie salwarsanu i elektrargolu), działanie środków odkażających, stosowanych zewnętrznie, wreszcie fototerapię.

W dyskusyi przemawiał kol. Kowenicki, zwracając uwagę na znaczenie pryszczyków w gardle w rozpoznaniu ospy.

Posiedzenie z dnia 28. VI. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 14.

1) Przewodniczący kol. Piltz zawiadamia zebranych o zaproszeniu członków Towarzystwa przez rektora Kostaneckiego na posiedzenie na dzień 1 lipca, na którem kol. Marchlewski i Godlewski zdadzą sprawę z akcyi szczepienia ochronnego przeciw ospie, podjętej przez Uniwersytet Jagielloński.

2) Odczytano i przyjęto poprzedni protokół.

3) Kol. Lewkowicz w wyczerpującym wykładzie zdał sprawę z dalszych swoich badań nad **leczeniem nagminnego zapalenia opon** mózgowych drogą wstrzykiwań swoistej surowicy namózgowo i dokomorowo. Od czasu swego ostatniego referatu w tej sprawie miał prelegent sposobność obserwować i leczyć ogółem 47 przypadków. Śmiertelność wynosi średnio około 30%. Ale odsetek śmiertelności zależny jest od wieku chorego. I tym razem wyniki leczenia u oseslów są złe, śmiertelność duża i wynosi około 80%. Nieco lepiej przedstawiają się stosunki u dzieci powyżej 2 lat. Najniższa śmiertelność jest u dorosłych. Z 12 chorych dorosłych, leczonych przez prelegenta, zmarło tylko dwoje. Jeżeli jednak uwzględnimy, że niektóre z tych przypadków, które uważano za stracone, wyleczono niewątpliwie dzięki stosowaniu surowicy, to ta metoda leczenia jest zachęcająca. Prelegent stosował surowicę wiedeńską i tylko w dwóch przypadkach krakowską, lecz ta dała wyniki złe. Następnie prelegent zastanawia się nad tem, że droga dokomorowego stosowania surowicy jest najwłaściwsza, gdyż komory są głównem siedliskiem choroby. Ten wniosek da się wyprowadzić z tego, że komory w każdym przypadku są zakażone i że obraz zakażenia w komorach jest inny, niż w rdzeniu. Płyn mózgowo-rdzeniowy jest mętny. Zawiera dużo ciałek ropnych, meningokoki są nieliczne i przeważnie nadtrawione. Płyn komorowy jest opalizujący, lekko tylko mętny, zawiera mało ciałek ropnych, obficie meningokoki, przeważnie pozaciałkowo. Co się tyczy jeszcze działania surowicy, to ona sama, jako środek leczniczy, nie wystarcza. Ustrój musi wytworzyć w sobie pewną odporność, by zwalczyć zakażenie. Po wstrzyknięciu surowicy meningokoki nie znikają odrazu, lecz pewna część ich, uległszy zabiciu, działa na ustrój, jako szczepionka, którą ustrój uodparnia się. Należałoby przeto zwrócić uwagę i na leczenie drogą stosowania szczepionek z hodowli meningokoków.

Posiedzenie z dnia 5. VII. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 18.

1) Odczytano i przyjęto poprzedni protokół.

2) Kol. Kramarzyński zamiast zapowiedzianego wykładu: »Przyczynek do dyagnostyki paratyfusu« zreferował dokładnie przypadek **zakażenia otrzewnej samym prątkiem durowym,** jako powikłania duru brzusznego. Punktem wyjścia zakażenia otrzewnej był rozmiękły gruczoł krezkowy. Do tego wniosku dochodzi prelegent po wyłączeniu innych przyczyn, jak: zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia jelita, lub pęcherzyka żółciowego, lub wreszcie wskutek pęknięcia zawału śledziony. W piśmiennictwie opisano tylko kilka podobnych przypadków, wszystkie jednak z zejściem śmiertelnem. Przypadek kol. Kramarzyńskiego skończył się pomyślnie.

3) Kol. Wespański wygłosił wykład: **O leczeniu duru brzusznego szczepionką Vincenta.** Prelegent, zachęcony licznemi próbami leczenia duru brzusznego szczepionkami, stosował leczenie szczepionką Vincenta w 50 przypadkach duru, stwierdzonych bakteryologicznie. Wszystkie te przypadki należały pod względem przebiegu klinicznego do najcięższych. Z małymi wyjątkami byli wszyscy chorzy szczepieni ochronnie przeciw durowi. Szczepionkę Vincenta stosowano w ten sposób, że zaraz w pierwszym dniu po bakteryologicznem stwierdzeniu choroby wstrzykiwano 1 cm^3 szczepionki i co drugi dzień po 2 cm^3 aż do ogólnej ilości 9 cm^3. Z ogólnej liczby 34 przypadków wyleczonych tylko u 7 chorych nie zauważono wybitnego skutku działania szczepionki, natomiast u 27 ciepłota spadała w krótkim czasie do poziomu prawidłowego i następował prawidłowo przebiegający okres zdrowienia. Z ogólnej liczby leczonych zmarło 16. Tak wielki odsetek śmiertelności tłumaczy się tem, że brano do leczenia najciężej chorych. Mimo stosunkowo złych wyników leczenia tą szczepionką dalsze próby, zdaniem prelegenta, są wskazane.

W dyskusyi a) kol. Gieszczykiewicz wyraża zdanie, że nie należy jeszcze przesądzać sprawy. Możliwem jest, że stosowane dawki były nieodpowiednie. Kol. Gieszczykiewicz przypomina próby leczenia gruźlicy tuberkuliną. — b) Kol. Nitsch podkreśla, że przy stosowaniu jakiegoś leczenia nie należy dobierać specyalnych przypadków, lecz z ogólnej ilości wybrać połowę do leczenia obraną metodą przez losowanie. Przy takiem postępowaniu można dopiero z pewnej liczby przypadków wnosić o skutku obranej terapii w porównaniu z drugą połową, leczoną inną drogą.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 8. VII. 1915.

Przewodniczący Sew. Sterling; sekretarz A. Tomaszewski.

1) Kol. Krusche przeczytał referat **o zakażeniu ran postrzałowych.** Prelegent mówił o zakażeniu pierwotnem i wtórnem, oraz o leczeniu ran zakażonych. — W dyskusyi brali udział kol. M. Kohn, Tomaszewski, Rundo i Sterling.

2) Kol. Rosiewicz: **O ochronnem szczepieniu ospy w Łodzi w r. 1915.** W obszernem sprawozdaniu omówił R. sposób i całą organizacyę szczepienia, sprawdzania, czy ospa się przyjęła. Ogółem szczepieniu poddało się osób 26.526. — W dyskusyi wzięli udział kol. Trenkner, Skalski i Rundo, którzy obliczają, że ogólna liczba szczepień przewyższyła 80 tysięcy.

Posiedzenie z dnia 15. XII. 1915.

Przewodniczący Dr Pinkus; sekretarz A. Tomaszewski.

1) Kol. Sew. Sterling wygłosił wykład: **O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy płuc.** Z powodu otwarcia szpitala miejskiego dla »lekko-gruźliczych« w Chojnach, mówił prelegent o kryteryach oceny kandydatów do tego szpitala. Punktem wyjścia wykładu była »karta choroby«, jaką prelegent ułożył dla tego szpitala. Mówił więc kolejno o znaczeniu następujących punktów schematu tej karty: Wywiady. Wartość rozpoznawcza wyniku pomiarów. (Szczególnie węzina pól szczytu). O nowych metodach określania wysokości szczytów płucnych i o ich topo-

graficznej projekcyi. Dalej, o znakomitej roli rozpoznawczej zmian, które daje oglądanie (inspectio) klatki piersiowej, zarówno kośćca, jak i skóry. O roli macania mięśni i wnioskach, z tej metody osiąganych. Wreszcie mówił o podanym przed paru laty przez siebie podziale klasyfikacyjnym suchot przewlekłych. Ten podział pozwala na bliższe, niż inne klasyfikacye, określenie »lekko« chorych, bo na określenie, niezależne od rozmiarów topicznych zajętej tkanki płucnej. Wreszcie mówił prelegent o dyssocyacyi różnych objawów płucnych i o konieczności zdawania sobie sprawy z istnienia tych dyssocyacyi.

Posiedzenie z dnia 19. I. 1916.

Przewodniczący Dr Krusche; sekretarz Dr Tomaszewski.

1) Kol. Stefan Sterling wygłosił wykład: **O walce z chorobami zakaźnemi.** Prelegent podał historyę danego tematu, wspomniał, że we wszystkich wojnach lwia część wojsk ginęła wskutek chorób zakaźnych i że systematyczna, planowa walka z niemi jest najgłówniejszem zadaniem państw kulturalnych w czasie pokoju, a tembardziej podczas wojny. W swym wykładzie prelegent głównie uwzględnił walkę z durem brzusznym i plamistym. Wspomniawszy pokrótce o objawach, charakterystycznych dla jednej i drugiej choroby, położył nacisk na rozpoznawcze znaczenie objawu opaskowego, charakterystycznego dla duru plamistego w razach wątpliwych. Walka z wszelkiemi chorobami właściwie rozpada się na dwa działy: 1) jak uchronić się przed chorobą; 2) gdy choroba wybuchnie, jak ograniczyć jej rozwój i rozpowszechnienie. Obszernie omówił S. szczepienia ochronne. Najwięcej rozpowszechniona co do ochrony od duru brzusznego jest szczepionka, zawierająca bakterye zabite pod wpływem ciepłoty, dochodzącej do 60°. Wstrzykuje się ją w odstępach tygodniowych, 7 razy. Szczepienie chroni ustrój na przeciąg 10 miesięcy.

W dyskusyi a) kol. Trenkner, mówiąc o objawach duru plamistego, wskazał na nastrzykanie spojówek i brunatny odcień skóry. — b) Kol. Rosiewicz zaznaczył, że na zasadzie różnicy wysypki nie można opierać rozpoznania. Objaw opaskowy otrzymywał zawsze. Odczyn dwuazowy Ehrlicha występuje już na 3. dzień przy durze plamistym, czego nie bywa przy durze brzusznym. — c) Kol. Maybaum wskazuje na to, że objaw opaskowy występuje i w innych chorobach zakaźnych. — d) Kol. Frenklowa pyta się, kiedy zaraźliwość duru plamistego ustaje. — e) Kol. Trenkner jest zdania, że liczba osób, które w 1914 r. na dur plamisty, zachorowały nie przekroczyła 15. Po przełomie, zdaniem T., dur wysypkowy przestaje być zaraźliwym. — f) Kol. Stefan Sterling w odpowiedzi zaznacza, że objaw opaskowy ma właściwie znaczenie prognostyczne, i wyraża zdanie, że dwa tygodnie po przełomie w durze plamistym należy chorego jeszcze uważać za zaraźliwego.

2) Kol. Garlicka przedstawiła **preparat macicy dwurożnej**, wydobyty przy operacyi z powodu torbieli przydatków macicznych.

Sprawozdanie za lata 1914 i 1915.

Wybuch wojny wpłynął ujemnie na działalność Towarzystwa lekarskiego. Właściwie normalne było jego życie do połowy czerwca roku 1914. W drugiej połowie, kiedy Łódź i okolice stały się terenem walki, kiedy odbywały się ciągłe przemarsze wojsk, a później trzeba się było zająć tysiącami rannych, dawał się czuć na każdym kroku brak lekarzy; nic dziwnego, że życie Towarzystwa lekarskiego zamarło.

Od stycznia 1915 roku zaczęło Towarzystwo powracać do normalnych warunków.

Liczba członków, z powodu pobrania do wojska i wyjazdu wielu kolegów, spadła do 48. Zarząd stanowili: Prezes Dr A. Krusche, wiceprezes Dr Sew. Sterling, sekretarz Dr A. Tomaszewski, skarbnik Dr H. Trenkner, bibliotekarz Dr Z. Prechner.

Komitety stałe stanowili koledzy, wybrani w 1914 roku, o ile nie wyjechali.

Na początku roku 1914 przyjęto do Tow. kol. Gundlacha, Lipszyca, Szapiro, Rosiewicza, Tomaszewską, Kumanta i Riedera.

Śmierć zabrała w ciągu r. 1915 kol. Rotwanda, Piekarskiego i Bernarda Edwarda.

Na uroczystość jubileuszową 40-lecia Lubelskiego Towarzystwa lekarskiego wybrano delegatów kol. Kruschego, Kolińskiego i Maybauma, na Zjazd internistów do Lwowa kol. Sew. Sterlinga, na Zjazd higienistów kol. S. Skalskiego.

Zarząd Towarzystwa nie odbywał w czasie sprawozdawczym wcale posiedzeń.

Towarzystwo odbyło w r. 1914 11 posiedzeń w pierwszem półroczu. W półroczu drugiem posiedzenia nie odbywały się wcale. W r. 1915 odbyło się 7 posiedzeń, a cały szereg posiedzeń nie odbył się z powodu zbyt małej ilości przybyłych obecnych. Na tak małą frekwencyę członków wpływały, oprócz względów wyżej wymienionych, także przeszkody uboczne, jak np. lokal nieopalany w ciągu zimy 1914/15.

Wykładów i odczytów wygłoszono w roku 1914 osiem, w 1915 dziesięć, a mianowicie w r. 1914: 1) Kol. S. Skalski: »O epidemii ospy w Łodzi w r. 1913«; 2) Kol. Sew. Sterling: »O sposobach określania ciśnienia krwi« (dwa wieczory); 3) Kol. Rieder: »O zakażeniu dróg moczowych u dzieci«; 4) Kol. Morawski: »O badaniach dziedziczności w psychiatryi«; 5) Kol. Luxemburg (gość z Warsz.): »O metodzie Abderhaldena«; 6) Kol. Goldberg: »O znieczuleniu lędźwiowem«; 7) Kol. Skalski: »O leczeniu gruźlicy metodą Dra Boudreau«; 8) Kol. Mikulski: »O stosunku umysłowo chorych do wypadków wojennych«.

W r. 1915: 1) Kol. Sterling: »O patologii duru brzusznego«; 2) Kol. Skalski: »O epidemii ospy w Łodzi w r. 1914«; 3) Kol. Szymanowski (gość z Krakowa): »O podstawach biologicznych zjawisk precypitacyi, aglutynacyi, bakteryolizy i hemolizy«; 4) Kol. Grzywo-Dąbrowski: »O znaczeniu dyagnostycznem badania płynu mózgowo-rdzeniowego w psychiatryi«; 5) Kol. Krusche: »O zakażeniu ran postrzałowych«; 6) Kol. Sterling: »O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy płuc«; 7) Kol. Rosiewicz: »O epidemii cholery w Łodzi«; 8) Kol. Rosiewicz: »O sprawozdaniu z przymusowego szczepienia ospy w Łodzi 1915«. Sprawozdania ze szpitali przedstawili: Kol. Dąbrowski, Rundo, Pawłowska, Tomaszewski.

Ze spraw o podkładzie społecznym wymienić należy sprawę zaopatrzenia miasta w środki farmaceutyczne, których brak dotkliwie uczuwać się dawał. W sprawie tej odbyły się 2 posiedzenia, z których jedno z udziałem delegatów Towarzystwa farmaceutycznego. Na jednem z posiedzeń omawiano też projekt utworzenia Sekcyi aptekarskiej przy Centralnym Komitecie Milicyi.

Sprawozdanie z dorocznego posiedzenia Towarzystwa z dnia 2. II. 1916.

Obecnych członków 10, gości 5. Na przewodniczącego zebrania jednogłośnie wybrany został Dr Pinkus, który na assesorów poprosił kol. Rundę, Skalskiego, na sekretarza zaś Dr Rosiewicza.

1) Kol. Sew. Sterling, w zastępstwie nieobecnego sekretarza Tomaszewskiego, odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa za ubiegłe dwa lata. Sprawozdanie po wniesieniu pewnych uzupełnień zostało przyjęte. Zebrani uczcili przez powstanie zmarłego kol. Ludwika Neugebauera, członka korespondenta Towarzystwa.

2) Następnie przystąpiono do sprawy wyborów członków Zarządu. Przewodniczący proponuje ze względu na okoliczności, jakoteż na brak wielu członków Towarz., poprosić dotychczasowy Zarząd o dalsze piastowanie urzędów, wybory zaś ograniczyć tylko do osoby skarbnika, ponieważ dotychczasowy skarbnik, Dr Trenkner, ze względu na brak czasu godności tej bezwarunkowo zrzeka się. Wniosek przewodniczącego przyjęto. Z dwóch kandydatów: kol. Maybauma i Gundlacha, pierwszy się zrzekł, wobec czego wybranym został Dr Gundlach. Na kandydatów na członków Towarzystwa podali się koledzy: Dąbrowski, Dengel, Holenderska, Lipiński, Marynowski, Mikulski, Knichowiecki, Felmanówna, Smoleński. Wszyscy zostali drogą balotowania wybrani do Towarzystwa.

Ambulatoryum dentystyczne Legionów polskich

przy Instytucie stomatologicznym U. J.

napisał

Prof. Dr W. Łepkowski.

Rok 1914, pamiętny wybuchem wojny, jakiej dzieje ludzkości nie znały, wywierając swój znamienny wpływ na wszystkie

zawody naukowe czy praktyczne, nie pozostanie bez echa w zapiskach Instytutu stomatologicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, jak wogóle w stomatologii. Wprawdzie wojny rosyjsko-japońska i bałkańska wykazały wielką doniosłość stomatologii i dentystyki, poza zwykłemi ich zadaniem, w niesieniu pomocy rannym członkom wojujących armii, nikt jednak nie przewidywał może, że zadanie to urośnie do tak olbrzymich rozmiarów, jakie zakreśliła mu obecna wojna narodów całego świata w ciągu długiego swojego trwania. Każdy zakład dentystyczny może zawsze wykazać owocne skutki swej pracy, złożonej z ofiarności jednostek, składających umiejętność swoją, czas i pracę na ołtarzu patryotyzmu. Tak było, tak jest i tak będzie do końca rozszalałych zapasów. Dziś dentystyka święci swój tryumf, gdy wykształciwszy metody operacyi, oraz metody konserwatywne, poparta silnie przez ciągle idącą naprzód technikę dentystyczną, stała się samodzielną gałęzią chirurgii. Wojna wywrze niechybnie wielki wpływ na pojęcia w tym kierunku, a stomatologia pozyska przez nią należne poszanowanie, o które przez tyle lat walczy sumienną pracą. Zawcześnie jeszcze na ogólną statystykę, bo wojna trwa, możemy więc zająć się czasową tylko statystyką poszczególnych zakładów; nie wszystkie jednak ją zestawiły i niezupełne tylko dały wyniki, bo praca wre dalej.

W szeregu tych skutecznych prac i nasz zakład nie stał na uboczu. Zakład, który już dawno przekroczył dziesięciolecie swego istnienia, świeżo dopiero, z chwilą przeniesienia do nowego lokalu w r. 1913, przywdział szaty nowe, odpowiadające postępowi nauki i wymogom czasu. Zakład, w tym sensie jeszcze młody, nie miał jeszcze czasu po kilku miesiącach istnienia zorganizować się dokładnie, gdy w drugiej połowie roku 1914 wybuchła wojna.

Ogólny zapał do boju, przemarsz wojsk najrozmaitszych, porwał za sobą wszystko i wszystkich. Każdy przyczynić się chciał dla wspólnej sprawy. I ambulatoryum obwieściło w gazetach, że bezpłatnie ofiaruje swą pracę legionistom i żołnierzom armii sprzymierzonych, potrzebującym pomocy dentystycznej. Liczba leczonych wzrosła kolosalnie, zwiększyły się więc i wydatki na materyały, a fundusze, to jest dotacya zwyczajna, okazały się niewystarczające, zwłaszcza, że wtenczas właśnie na mocy rozporządzenia Ministerstwa W. i O. z dnia 17 sierpnia 1915—41984 w chwili, gdy wszystko drożało, zmniejszono dotacyę zwyczajną o jedną trzecią. Zmniejszenie dotacyi, w czasach pokojowych już za małej, musiało podkopać administracyę i musielibyśmy wskutek tego ograniczyć przyjmowanie tak cywilnych jak i wojskowych pacyentów. Widząc coraz bardziej wzrastającą liczbę zgłaszających się legionistów i biednych z miasta i okolicy, pracowaliśmy przy umniejszonej dotacyi, robiąc długi, o ile kredyt był dostępny. Wszelkie starania o dochody i podania o pomoc finansową nie odniosły skutku. Pełna poczekalnia pacyentów wojskowych i cywilnych nakazywała starać się o ich los dalszy, a ponieważ byli to przeważnie legioniści, wracający z frontu z opłakanym stanem uzębienia, powstała myśl utworzenia specyalnego, bezpłatnego ambulatoryum dentystycznego dla legionistów polskich, czynnych i superarbitrowanych, inwalidów i pozostających w szpitalach twierdzy miasta Krakowa, jakoteż dla sierót i wdów po legionistach.

Bawiący wówczas w Krakowie kapitan sztabu generalnego Włodzimierz Zagórski, szef sztabu Legionów polskich, dopomógł wydatnie do przeprowadzenia sprawy, a skoro Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego przychylnie rzecz zaopiniował, ówczesny komendant Legionów polskich, generał-major Puchalski, wspólnie z szefem sanitarnym podpułkownikiem Dr. W. Rogalskim przyjęli ofiarność kierownika zakładu i rozkazem Komendy Legionów polskich z dnia 27 marca 1916 r. E. Nr. 167 zostało istniejące już de facto ambulatoryum dentystyczne Legionów polskich, otwarte oficyalnie 1 kwietnia 1916 roku.

Jakkolwiek na piśmie było wszystko, w kasie nie mieliśmy nic. Departament sanitarny N. K. N. uchwalił na cele ambulatoryum dawać początkowo miesięcznie kwotę K 100.— Z tą sumą i przy opodatkowaniu się naszego personalu na cele ambulatoryum zaczęliśmy pracę. Z Komendy Legionów polskich przydzieleni zostali rozkazem z dnia 27 marca 1916 Tadeusz Łepkowski, słuchacz medycyny, Ludwik Angelus i Czesław Wiśniewski, technicy dentystyczni. Rozpoczęła się regularna robota, a zakres jej był, jak się okazało w praktyce, w zbyt małych ramach obmyślany. Szeregi szły ze szpitali i stacyi zbornej, ciągnęli inwalidzi, urlopowani i superarbitrowani.

Bywały czasy nagłego wzrostu pacyentów z kilku na kilkudziesięciu, a zdarzały się dnie, w których do 150 osób szukało pomocy w naszym zakładzie. Łatwo zatem znalazła się odpowiedź, czy tego rodzaju ambulatoryum jest konieczne. Odprawiając ten olbrzymi materyał i prowadząc dokładne wykazy z naszych czynności, mogliśmy się przekonać, jakie uszkodzenia w uzębieniu naszych pacyentów sprowadzają nie tylko kule i granaty, ale i skutki odżywiania się twardymi sucharami, skutki wilgoci, ziemianek i t. d. Setki młodych przechodziło przez salę operacyjną, salę wypełnień, pracownię techniczno-dentystyczną, a między nimi zupełnie bezzębnych poniżej lat 30 widzieliśmy około 30, uzupełnień zaś częściowych wykazują pokaźną cyfrę nasze statystyczne zestawienia. Kierując się w zupełności obecnym stanem nauki, staraliśmy się leczyć jak najdalej idącemi metodami konserwatywnemi, oszczędzając to wszystko, co się dało uchronić przed kleszczami, nawet kosztownemi i mozolnemi zdobyczami dentystyki, jak wkłady metalowe lane (inlays) w srebrze, aluminium, złocie i porcelanie, korony metalowe, złote, srebrne, goldinowe, aluminiowe, z metalu Randolfa, zęby ćwioczkowe i t. d. W dostawkach sztucznych, gdzie tylko warunki pozwalały, zasadniczo odrzucaliśmy płyty kauczukowe i metalowe, a robiliśmy roboty mostkowe na śrubach i bez nich, uważając na to, że każda dostawka ruchoma jest dla żołnierza w polu raczej zawadą i daje tylko sposobność do peregrynacyi z rowów strzeleckich na tyły armii.

Rzecz naturalna, że złoto, które prawie wyłącznie obok platyny do tego rodzaju robót powszechnie jest używane, było dla nas z powodu wysokiej ceny niedostępne. Metale nowocześnie podawane i reklamowane okazały się niepraktyczne, a roboty z nich odlewane metodą utraconego wosku (Solbrig-Platschik) wychodziły porowate i na wpływy mechaniczne nieodporne, a w noszeniu pod działaniem chemicznem pokarmów kwaśnych stawały się w krótkim czasie bezużyteczne i estetycznie niemożliwe. Aluminium z powodu niemożliwości lutowania pozostawało do odlewania i wygniatania płyt, w połączeniu z kauczukiem. Materyał ten jednak zdaniem naszem nie nadaje się do robót techniczno-dentystycznych ze względu na różne zachowanie się wobec czynników chemicznie oddziałujących w ustach (kuracya rtęciowa, zetknięcie się z rtęcią i dłuższe stykanie się z kwasami). W takiej masowej fabrykacyi wszelkie roboty, wykonane z nieszlachetnego metalu, albo lichego materyału, wykazały, że lepiej nic nie robić, niż męczyć pacyenta i siebie nadaremnie. To samo odnosić się musi do robót z celuloidyny lub wojennego kauczuku (regenerat), którego wartość dla dostawek na płytach jest żadna, a używanie go jest raczej tylko łatwem pozbyciem się pacyenta na to, aby wkrótce powracał, lub płyty nie używał. Policzywszy koszta jego jazdy, tułania się po szpitalach i stratę czasu, nie znajdziemy i znaleźć nie możemy nigdy rozumnego wyrachowania. Po krótkotrwałych doświadczeniach, kauczuku, tak zwanego wojennego, zasadniczo nie używaliśmy wcale. Drogo, po wprost niezrozumiałych cenach kupowaliśmy kauczuk, używany za czasów pokojowych. znanych i wypróbowanych marek, rozumiejąc, że w ten sposób służymy lepiej legionistom i spełniamy zadanie nasze dla celów wojskowych i sanitarnych, oszczędzając sobie bezużytecznej pracy. Z metali szlachetnych używaliśmy złota tylko w przypadkach, gdy pacyent pokrywał koszta z własnej kieszeni. Nie każdy jednak mógł sobie na to pozwolić, złocenie zaś srebrnych mostków i płyt, jakkolwiek zrazu efektowne, jest jednak za kosztowne, a galwaniczne pozłacanie niema na przyszłość znaczenia.

Zębów używaliśmy: New Departure, Solila guziczkowe, dyatoryczne, zwykłe i anatomiczne i w platynowo srebrnych kramponach. Statystyka wykazuje stosunkowo niezbyt pokaźną liczbę użytych zębów. Było to celowe. Raz dlatego, że dobry ząb amerykański lub angielski stał się podczas wojny kosztowną rzadkością, po drugie dlatego, że przy robotach mostkowych odlewaliśmy zęby z metalu, t. j. ze srebra lub metalu Randolfa, aby uniknąć w tych przypadkach naprawek. Srebro jako takie, do którego przed wojną ani w praktyce prywatnej, ani klinicznej nie miałem żadnego zaufania, okazało się przy starannem czyszczeniu jamy ustnej wcale niezłym materyałem. Procesy chemiczne, t. j. przedewszystkiem tworzenie się siarczków, nie są bynajmniej tak niebezpiecznym czynnikiem, jakby się na pozór wydawało; przeciwnie u ludzi dbających o czystość, powiedzieć można, przechodzą bez wpływu i po dłuższym nawet czasie większych zmian nie można zauważyć. Rzadko kiedy skarżyli się legioniści na przemijający smak metaliczny lub zły wygląd estetyczny. Aliaże, zawierające 90 części czystego srebra, zdatne są do odlewów i stanowią dobry stop nieporowaty, odporny na wpływy mechaniczne. Być może, że srebro po wojnie, albo powiedzmy, nizko karatowe złoto, do którego będziemy używać czystego srebra, wejdzie bardziej w użycie, gdy doświadczenie w tej masowej praktyce wykaże przydatność srebra do celów techniczno-dentystycznych. Jeżeli mówimy o wadach i zaletach

srebra, to trzeba zwrócić uwagę na to, że czyste srebro na korony się nie nadaje, gdyż zbyt szybko się one nagryzają i pękają.

Z metali nieszlachetnych zasługuje na uwagę stary, bo w roku 1873 zestawiony, stop Randolfa (Asepsia Werke, Bayer & Co. Siltigheim Strasburg i E.), który w rękach dobrego technika, dokładnie obznajomionego z metodami sporządzania koron oraz odlewania mostków i płyt, jest materyałem godnym polecenia, choć trudnym do obróbki, lecz dobrym i odpornym na wpływy chemiczne i mechaniczne. Cena może zupełnie dobrze współzawodniczyć z innemi, a materyał na oko nie różni się od złota.

Dotychczasowa praktyka wszelkich zakładów dentystycznych dla niezamożnych używała, jako podstawy dostawek, przeważnie kauczuku. Wojna, która zatamowała jego źródła, uczyła nas dróg nowych, gdy koszt kauczuku, który doszedł do cen niebywałych, przenosił cenę srebra. (Płytka kauczuku wagi 18 gr kosztowała 12 K, gdy 18 gr srebra kosztowało K 5 h 40 t. j. po 30 h za 1 gr).

Rzecz naturalna, że obrawszy w przeważnej liczbie przypadków do robót technicznych system mostków, musieliśmy znacznie rozwinąć postępowanie daleko idącej konserwacyi zębów i korzeni, tworzących podstawę tego działu techniki dentystycznej. Za tem szło powiększenie zakresu działania tak w sali wypełnień, jak i w pracowni techniczno-dentystycznej.

W związku z tą sprawą stoi w prostym stosunku ilość dni leczenia, gdyż zwykła płytka kauczukowa nie da nigdy tyle roboty, ile przygotowania pod mostek, wymagające zaopatrywania i leczenia całego szeregu korzeni, szlifowania pod korony i częstego dewitalizowania zębów, które mają być użyte jako słupy do osadzenia mostka.

W czasach dzisiejszych wydatną pomocą i niezbędnym środkiem do wydawania horoskopów na przyszłość, a zarazem ścisłą kontrolą pracy stały się promienie Roentgena, bez których dentystyka konserwatywna i operacyjna nigdy nie mogłaby stanąć na tej wyżynie, na jakiej się dzisiaj znajduje. Odkrywanie ziarniniaków i ropy nad szczytem korzeni, badanie kierunków osi korzeni w zębodole, to wszystko jest nieodzownym warunkiem przyszłej restytucyi ubytków drogą techniki dentystycznej, poprzedzonej przez czynność czysto lekarską, t. j. leczenie korzenia i przygotowanie podstaw pod dostawkę na stałe osadzoną, mającą wrócić mniej lub więcej ściśle stosunki fizyologiczne. Stąd pochodzi stosunkowo duża ilość zaopatrzeń korzeni, zdjęć rentgenograficznych, plomb, a znikoma ilość ekstrakcyi. Przepatrując inne statystyki (Oesterreich-Ungarische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde, Heft 1. Jänner 1917. Jahresbericht der stomatologischen Abteilung des k. u. k. Reservespitals in Klagenfurt) widzimy, że n. p. w Celowcu w ciągu roku na 1000 pacyentów:

	Celowiec	Kraków
zrobiono ekstrakcyi	1378	1366
zaopatrzeń korzeni	116	432
mostków	1	132

Ta porównawcza tabela musi przemówić do przekonania, musi zwrócić uwagę na to, że postępowanie nasze było racyonalne, że jednak ma ono możność bytu tam, gdzie rozporządzamy zakładem dobrze urządzonym i dobrze zaopatrzonym we wszystko, czego wymaga nowoczesna dentystyka, dalej zakładem, rozporządzającym całym szeregiem wprawnych sił lekarskich i techników. Innemi słowy mówiąc, opieka sanitarna jamy ustnej i zębów w ścisłem słowa tego znaczeniu potrzebuje centrali, zaopatrzonych w ludzi odpowiednio wykształconych oraz urządzenia nowoczesne.

Ambulatorya polowe mogą dokonywać ekstrakcyi i dewitalizacyi zębów, nigdy jednak nie powinny przedsiębrać większych zabiegów, jak wypełniania, zakładania koron, mostków, sporządzania dostawek, z wyjątkiem łatwych reparatur, gdyż do innych prac trzeba środków, o których wyżej wspomniałem, a dodaję, że na froncie nie łatwo byłoby przeprowadzić instalacye elektryczne i gazowe, które są konieczne, jeśli mamy po robotach spodziewać się dodatnich i możliwie długotrwałych wyników.

Zwracając się od działu technicznego do leczenia operacyjnego, muszę zaznaczyć, że przy ekstrakcyach używaliśmy zawsze środków miejscowo znieczulających, słabo procentowych rozczynów (nowokainy z adrenaliną) i tychże samych do operacyi skrobanek, resekcyi korzeni i t. d.

Mając do rozporządzenia kilka garniturów narzędzi, mogliśmy przeprowadzić wyjałowienie na zmiany, stąd było możliwie szybkie odprawianie pacyentów. Najwyższa frekwencya była 78 ekstrakcyi na dzień, najniższa 7. A w tem miejscu nie od rzeczy będzie nadmienić, że stacya zborna nie jest odpowiedniem umieszczeniem dla pacyentów ambulatoryjnych. Nieraz przecież mogą zdarzyć się krwotoki po wyjęciu zęba, co wymaga specyalnej opieki; to jedno. Po drugie ludzie o zębach bolących, popsutych lub też nie posiadający odpowiedniej ich liczby, nie mogą bez szkody dla zdrowia odżywiać się w taki sposób, jak ludzie zupełnie zdrowi. Następnie umieszczanie ich w stacyi zbornej przewleka sprawę leczenia, gdyż przeznaczeni do służby nie mogą równocześnie zjawiać się w oznaczonym terminie do leczenia.

Ewidencyę prowadziliśmy ścisłą i wskutek niej mogliśmy zawsze i każdemu odpowiedzieć na pytanie, dlaczego czas leczenia był dłuższy, oraz udzielić wyjaśnień nietylko o każdym pacyencie, ale o każdym leczonym zębie. Ścisła kontrola jest w takich przypadkach wskazana, bo pod pretekstem leczenia mogłyby zajść nadużycia, których u nas na chwałę naszych żołnierzy nigdy nie było. Na tem miejscu chciałbym poruszyć sprawę, złączoną z leczeniem innych cierpień po szpitalach, a mianowicie, że lekarze szpitalni powinni jak najrychlej, o ile to możliwe, badać i wysyłać do leczenia uzębienia żołnierzy, żeby to raczej podczas pobytu w szpitalu, jak po nim odbywać się mogło. Leczenie powinno być sumiennie i ściśle przeprowadzone, według uznania specyalisty, a nie, jak się często zdarza, według wskazówek ludzi, którzy się na tem nie rozumieją. Zawsze powinniśmy pamiętać, że zęby nie tylko są do gryzienia, ale że przygotowują pierwszy akt trawienia, są zaporą do dostawania się do dróg oddechowych szkodliwych wpływów, a dobre ich utrzymanie jest jednym z dowodów kultury higienicznej danego narodu.

Plombowanie odbywało się na czterech stołkach, technika na dwóch. Popęd maszyn mieliśmy elektryczny. Organizacyę, która przy tej licznej frekwencyi odgrywała dużą rolę, dokonaliśmy własnemi siłami tych, co się dobrowolnie i bezinteresownie zaciągnęli w szeregi pracowników. Wydatna ta pomoc dawała możność postępowania pracy w szybkiem tempie, a owoce jej przedstawia zestawienie statystyczne.

W roku 1914, 1915 i 1916 do 1 kwietnia leczyło się około 1000 legionistów. Roboty, w tym czasie wykonane, nie są objęte niniejszą statystyką, a koszta ich pokryte zostały z prywatnych funduszów. Od chwili oficyalnego otwarcia ambulatoryum dentystycznego Legionów polskich przy Instytucie stomatologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego, t. j. od dnia 1 kwietnia 1916 roku do dnia 1 kwietnia 1917 roku, leczyło się legionistów 1943, według zawodu w stanie cywilnym: 1) słuchaczy uniwersytetów i uczniów szkół średnich 891, 2) rolników (wieśniaków) 52, 3) rzemieślników 947, 4) cukierników 13, 5) piekarzy 18, 6) kucharzy 22.

Wykonano ekstrakcyi (wliczając w to 24 operacye) 2655, plomb porcelanowych 655, amalgamowych 956, cementowych 726, zaopatrzeń korzeni 841, rentgenogramów 35, a w części technicznej koron 155, plomb srebrnych, złotych i aluminiowych 122, zębów ćwioczkowych 115, mostków 257, części 1121, płytek 4, klamer 10 metalowych, a po 182 płytek i klamer z kauczuku, wreszcie 1529 zębów porcelanowych.

Co do jakości i ilości zębów nadmienić muszę, że cyfra spotrzebowanych zębów 1644 nie jest bynajmniej miarodajną, gdyż kierując technikę brakującego uzębienia na technikę metalową systemem mostkowym, dla trwałości robiliśmy zęby nie porcelanowe, ale odlewane z metalu (złoto, srebro, aluminium, metal Randolfa).

Z powodu braku i wysokiej ceny używaliśmy zębów na sztyfcikach platynowych (Firmy Ash & Sons lub White) tylko wyjątkowo. Na ogół bywały używane zęby dyatoryczne. Zębów o kramponach żelaznych nie używaliśmy wcale, przekonawszy się, że jest to robota, równie wiele dająca pracy i zachodu, jak inne, a wynik jej tak krótkotrwały i nieodporny na wpływy mechaniczne, że nie wytrzymuje żadnej krytyki. Przy wyborze materyału kierowaliśmy się, jak już nadmieniłem, jedynie jego jakością. Wszędzie używaliśmy materyałów jak najlepszych i śmiało możemy powiedzieć, że sumiennością pracy i jakością materyałów osiągnęliśmy wyniki zadowalniające, które odzwierciedlają się w małej ilości naprawek robót technicznych oraz w minimalnej ilości zgłaszających się poraz wtóry w ciągu roku ubiegłego pacyentów, leczonych w latach 1914 i 1915.

Koszt robót we wszystkich działach	K 10353	h 34
Koszt materyałów pozostałych na składzie	» 5132	» 68
Rozchód	K 15486	h 02

W koszta robót, wykonanych w ambulatoryum dentystycznem Legionów polskich wliczono koszta utrzymania zakładu w czystości, a więc koszta wszelkich przyborów gospodarczych, lekarskich, naprawy maszyn, narzędzi etc.

Średni koszt leczenia jednego legionisty wynosił K 5 h 32.

Przy obliczeniach kosztów pojedynczych zabiegów nie rachowało się, rzecz naturalna, lokalu, służby, oświetlenia, ilości zużytego gazu i prądu elektrycznego, ani żadnych wynagrodzeń pojedynczych osób.

W porównianiu z cenami płaconemi przed wojną — według moich obliczeń, któreśmy mniej więcej w ten sam sposób robili przed laty — podwyższenie kosztów materyałów na pojedyncze zabiegi jest przy konserwatywnej części zabiegów wyższe w przybliżeniu o 30%, przy technicznej zaś dosięga 80% do 100%.

Koszta leczenia legionistów, do ambulatoryum o pomoc lekarską się zgłaszających, oraz koszta nabycia materyałów zostały pokryte w części z dochodów, płynących z dobrowolnych składek a nadto z subwencyi, które to dochody wyniosły w okresie sprawozdawczym K 15470 h 86.

W Ambulatoryum dentystycznem pracowali stale lub okresowo: Dr. Izabella Łada, Edward Stefański, Stanisław Frączkiewicz, Tadeusz Łepkowski, Józef Mrozowski, Aleksander Mańkowski, Marya Kamocka, Celina Łepkowska, Ludwik Angelus, Czesław Wiśniewski, Stefania Sikorska, Janina Jachimowiczowa, dalej uczniowie i uczennice szkoły techniczno-dentystycznej: Janina Winterówna, Irena Krzyszkowska, Zofia Łapicka, Wanda Korbusz, Celina Szymańska, Zofia Natterówna, Halina Rakowiczówna, Ferdynand Piotrowski, Walter Pietrzykowski i przydzieleni do Ambulatoryum dentystycznego Legionów polskich rozkazem Komendy Stacyi Zbornej Legionów polskich w Krakowie, w celu prowadzenia ewidencyi wszystkich legionistów (ze stacyi zbornej, szpitali, inwalidów, superarbitrowanych, urlopowanych, przejezdnych w służbie) starsi żołnierze 1 Brygady Tadeusz Hucuł, Meixner 5 pp. i Kazimierz Gizowski 1 pp., którzy byli pomocni przy obliczeniach statystyki zabiegów i ich kosztów.

Składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie Wydziałowi lekarskiemu Uniwersytetu Jagiellońskiego, który zezwolił na prowadzenie ambulatoryum, gdyż przez danie lokalu, maszyn i narzędzi do dyspozycyi Ambulatoryum Legionów polskich przyczynił się do tego, że koszta były minimalne w stosunku do wysokich cyfr pracy i pacyentów.

Rok pracy zakończony. — Co dalej będzie? Trudno na to pytanie odpowiedzieć, gdy się nie zna niewiadomej, która ułoży sprawy legionowe, gdy się w tej chwili nie wie, czy i jakie instytucye legionowe pozostaną w Galicyi. Ostatnie rozporządzenia krzyżują się ze sobą. My dalej pracujemy i chociaż frekwencya w ostatnich czasach zmniejszona, mamy jeszcze wiele do ukończenia, a potem, — ufni, że nasza praca była użyteczna i potrzebna — wierzymy, że miarodajne czynniki potrafią się postarać o dalszy los, o dalsze istnienie tej legionowej instytucyi przy zakładzie stomatologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dziękuję wszystkim, którzy czy radą, czy materyalną pomocą przyczynili się do wyników, jakie tu przedstawiłem, a to podziękowanie zwracam w końcu do współpracownic i współpracowników, którzy bezinteresownie i po obywatelsku poświęcili swój czas i wiedzę na usługi naszych żołnierzy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

W sprawie pensyi dla wdów i sierot po lekarzach, zmarłych przy zwalczaniu epidemii, wydał Trybunał administracyjny w Wiedniu ważne orzeczenie z powodu skargi wdowy po lekarzu okręgowym (z Galicyi). Wdowa ta nie otrzymała pensyi z funduszów krajowych, lecz tylko jednorazową odprawę w kwocie 300 koron, natomiast na zasadzie ustawy o epidemiach z d. 14. IV. 1913. Dpp. Nr 67. otrzymała pensyę z funduszów rządowych wedle VIII. klasy rangi (1.400 kor.) i kwartał pośmiertny (600 kor.), ale z potrąceniem owych 300 kor., uzyskanych od Wydziału krajowego. Wdowa ta w rekursie żądała wymiaru pensyi i kwartału pośmiertnego w stosunku do istotnych ogólnych dochodów z praktyki zmarłego męża oraz z uwzględnieniem kosztów jego choroby i pogrzebu. Orzeczenie Trybunału administracyjnego (L. 10.223 z r. 1916) odrzuca te żądania, ustalając ostatecznie, że pensya dla wdów po lekarzach, zmarłych przy zwalczaniu epidemii, a nie pozostających w służbie państwowej, w żadnym razie nie może przekraczać pensyi VIII. klasy rangi rządowej, a kwartał pośmiertny ma wynosić 600 kor., jednakże bez żadnych potrąceń, nawet gdyby wdowa otrzymała jednorazową odprawę z funduszów krajowych. r.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 16. V. b. r. posiedzenie, na którem Dr Rychliński przedstawił dwa przypadki wypadnięcia i dwa przypadki wad utworowych części rodnych niewieścich, a Dr Bujak miał wykład: O leczeniu stanu durowatego cholery. W dyskusyach przemawiali kol. Blassberg, Braun, Ciechanowski, Meyer, Oszacki, Rychliński, Weinsberg, Wojciechowski i Zubrzycki. Prezes podał do wiadomości kwestyonaryusz w sprawie zboczeń, zawisłych od niedostatecznego odżywiania, wypracowany przez wybraną w tym celu komisyę i rozesłany lekarzom w kraju. Odczytano pisma nowoobranych członków honorowych z podziękowaniem za wybór. Uchwalono wreszcie uznać za pożądane otwarcie w r. b. zdrojowiska w Żegiestowie.

— Dyplom doktorski z uwolnieniem od egzaminów otrzymali Dr Kazimierz Rzętkowski i Stanisław Serkowski z Warszawy.

— Przed wybuchem wojny złożyło grono kolegów ś. p. doc. Dr Stanisława Droby zaczątek funduszu na tablicę pamiątkową. Tablica ta z powodu wojny nie mogła być dotąd wykonana; nastąpi to jednak w najbliższym czasie. Koledzy, pragnący przyczynić się do tej pamiątki, zechcą zgłosić się do Redaktora »Przeglądu lekarskiego«.

Warszawa. Polskie Towarzystwo medycyny społecznej urządziło zebranie lekarskie, na którem rozpatrywano sprawę utworzenia oddzielnego ministeryum zdrowia publicznego. Dr Rzętkowski uzasadniał potrzebę stworzenia takiego ministeryum w obszernym referacie, w którym wykazywał, że w tradycyi naszej tkwi od roku 1807, kiedy powstała samoistna »Najwyższa dyrekcya lekarska Księstwa Warszawskiego«, dążność do wyodrębnienia zarządu spraw zdrowotności publicznej i przekazania ich urzędowi, niezależnemu od innych urzędów centralnych administracyi państwowej. Następnie członek Tym. Rady Stanu, Dr Jankowski, przedstawił projekt organizacyi ministeryum zdrowia. Na czele stoi minister i jego zastępca — obaj lekarze. Ministeryum dzieli się na wydziały: personalu, zakładów, higieny publicznej, prasy i statystyki. Po dyskusyi zgromadzenie przyjęło projekt, który w formie memoryału złożyło Tymczasowej Radzie Stanu.

Zmarli: Dnia 25. kwienia b. r. umarł w Poznaniu, w 75 roku życia, Dr Ignacy Zielewicz, naczelny lekarz szpitala Sióstr Miłosierdzia, wybitny i zasłużony pracownik na niwie naukowej i społecznej. Pomimo rozległej praktyki lekarskiej i zajęć w służbie obywatelskiej, Dr Zielewicz znajdował jeszcze czas na pracę naukową i literacką. Obok licznych prac z dziedziny lekarskiej, ogłosił świetną monografię o Karolu Marcinkowskim. Niezależnie od tego zasilał pisma cennemi pracami z rozmaitych dziedzin życia; Dr Zahorowski z Radziwiłłowa na Wołyniu, gdzie praktykował przez 48 lat, w 76 r. ż. w Szczawnicy; Dr Michał Bełzowski, lekarz okręgowy w Toporowie, w 54 r. ż. z duru osutkowego.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 23. maja 1917 o godzinie 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku nym: Sprawa gruźlicy w obecnej dobie i środków zaradczych. Referenci: Prof. Latkowski, Dr Bujak, Prof. Godlewski i Doc. Janiszewski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 21. Kraków, 26. maja 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 26. maja 1917. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu we Lwowie.
(Dyrektor Prof. Dr A. Gluziński).

Doświadczalne badania nad wpływem sztucznej odmy piersiowej na płuco zwierzęcia zdrowego i zakażonego gruźlicą, wraz z uwagami o leczeniu początkowych postaci gruźlicy u człowieka

podał

Dr Zdzisław Tomaszewski,
asytent kliniki.

Szerokie zastosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu gruźlicy płuc, jakie metoda ta osiągnęła w ciągu kilku ostatnich lat, i znakomite wyniki, osiągnięte w pewnej liczbie przypadków, zmuszają do ściślejszego określenia i rozszerzenia dotychczasowych wskazań tego zabiegu. Nie wystarczają już dzisiaj wskazania, postawione pierwotnie przez Brauera, który polecał wytwarzanie odmy tylko w przypadkach ciężkich, takich, gdzie dyetetyczne i swoiste leczenie nie dają już żadnego widoku powodzenia i gdzie odma sztuczna, o ile wogóle da się wykonać, pozostaje jako ostateczny środek, mogący powstrzymać dalszy postęp choroby. W tych ciężkich, beznadziejnych przypadkach, o ile niema przeciwwskazania ze strony innych narządów lub ze względu na stan ogólny, samo płuco, zajęte już na większej przestrzeni, nie daje nam także żadnych przeciwwskazań.

Inaczej jednak rzecz się ma z przypadkami, dotąd nie objętymi w zakres wskazań do leczenia sztuczną odmą piersiową, a więc z przypadkami gruźlicy świeżej, ograniczonej do pewnej tylko części miąższu, przy zdrowej reszcie płuca, z przypadkami zajęcia n p. tylko jednostronnego części jednego płatu górnego. Ponieważ w przypadkach tych nie możemy nigdy przewidzieć dalszego przebiegu sprawy, ponieważ w większości przypadków musimy liczyć się z prawdopodobieństwem dalszego postępu choroby, zajęcia płatów dalszych wraz z ogólnemi następstwami, dlatego sposób leczenia, któryby umożliwił powstrzymanie dalszego rozwoju choroby w samych jej początkach i nie dopuszczał do zajęcia dalszych części miąższu płucnego, miałby w leczeniu gruźlicy płuc pierwszorzędne znaczenie. Ze znanych nam sposobów leczenia tylko odma piersiowa potrafiłaby odpowiedzieć tym wymaganiom. Badania Brunsa wykazały bowiem, że wskutek zmniejszonego ukrwienia płuca i zwolnienia prądu limfy, prątki nie mogą się szerzyć na otoczenie, warunki wchłaniania toksyn i prątków utrudniają się, za czem polepsza się stan ogólny chorego. Wskutek braku tlenu a nagromadzenia się większej ilości CO_2 następuje wprost uszkodzenie prątków, silne zaś bujanie tkanki łącznej sprawia otorbianie się ognisk gruźliczych. Znakomitych wyników sztucznej odmy piersiowej, jakie osiągnięto w leczeniu przypadków dalej posuniętych, nie można jednak bez zastrzeżeń uogólniać na przypadki świeże, wobec tego, że w przypadkach cięższych, przy dużem zajęciu miąższu, przeważają objawy ogólne, których brak przy formach świeżych i że poprawa w przypadkach cięższych dotyczy w pierwszym rzędzie właśnie tylko ogólnych objawów. Uwzględnić dalej należy i to, że w przypadkach świeżych większa część miąższu jest jeszcze zdrowa i czynnościowo sprawna, a wobec tego zastanowić się trzeba nad tem, czy zdrowy miąższ, wyłączony przez zgniecenie go od oddychania, zdoła, skoro nastąpi wygojenie się sprawy w płacie zajętym, rozwinąć się i objąć znowu swoją czynność oddechową, czy może powstaną w nim sprawy trwałe, usuwające go raz na zawsze od oddychania, czy też wreszcie takie czynnościowe uszkodzenie zdrowego miąższu wogóle mogłoby mieć jakiekolwiek ujemne znaczenie wobec osiągniętego wyleczenia schorzałych części płuca. Przy odpowiedzi na te pytania musimy uwzględnić między innemi i to, że leczenie odmą przypadków świeżych wymagać będzie przypuszczalnie do osiągnięcia zupełnego wyniku czasu znacznie krótszego, aniżeli leczenie sprawy cięższej, dalej posuniętej, i że ten krótki czas nie wystarczyłby może do wywołania w płacie zdrowym uciśniętym zmian trwałych, nie pozwalających mu z powrotem się rozwinąć. Aczkolwiek już dzisiaj nie brak usiłowań klinicznych w tym kierunku i niektórzy autorowie, jak Forlanini (2), Deneke (3), Wellmann (4), Faginoli (18), próbowali leczyć odmą sprawy zupełnie świeże (Forlanini zaś nawet wykazał, że przy obustronnej gruźlicy płuc można zastosować odmę obustronnie, ugniatając najpierw jedno, potem drugie płuco), to jednak, pominąwszy te próby, leczenie przypadków świeżych nie znalazło dotąd liczniejszych zwolenników dla braku ściśle określonych wskazań. Ściślejsze określenie wskazania mogą nam dać tylko badania eksperymentalne, przyczem rozstrzygającem będzie przedewszystkiem badanie anatomiczne płuca uciśniętego w różnych okresach czasu.

Przy badaniu zaś tych zmian anatomicznych należy ściśle odróżniać zmiany, jakie występują w płucu uciśniętem, zajętem sprawą gruźliczą, i zmiany, powstałe pod wpływem ucisku w płucu zdrowem. Musimy się bowiem liczyć z faktem, że zmiany w uciśniętem płucu zdrowem mogą być następstwem tylko czynnika czysto mechanicznego, takiego, jakim jest ucisk, natomiast w płucu chorem pewne znaczenie dla powstania następowych zmian mogą mieć, jak przypuszcza Brauer i Warnecke, także toksyny gruźlicze, nagromadzone w większej ilości w pewnem miejscu płuca wskutek zwolnienia prądu krwi i działające miejscowo podrażniająco. Badania doświadczalne, których opisy znajdujemy w piśmiennictwie, wykonywano też tak na zwierzętach zdrowych, jakoteż i na zakażonych gruźlicą; z badań tych jednak, zajmujących się opisem anatomicznych zmian, powstałych w płucach, tylko nieliczne omawiają poruszoną dzisiaj sprawę zastosowania odmy do leczenia zmian gruźliczych świeżych, tak że ostatecznie sprawa ta pozostaje do dzisiaj w zawieszeniu.

Dla braku miejsca pomijam zupełnie streszczanie i omawianie piśmiennictwa, a więc prac Brunsa (1), Dunina (9), Warneckego (5), Graetza (6), Areny (7), Kaufmanna (10), Franka z Jagičem (11), wreszcie doświadczeń Schura z Plaschkesem (13) i Rubla (14), i przechodzę wprost do przedstawienia własnych badań. W ciągu niniejszej pracy będę miał sposobność powołać się na niektóre z wyliczonych prac.

Trzymając się dotychczasowych wskazań Brauera, stosowaliśmy w klinice naszej od lat kilku leczenie odmą piersiową tylko w przypadkach ciężkich, z wynikami wcale nas zadowalającymi; nie mogliśmy jednak dla braku dostatecznie określonych wskazań zdecydować się na spróbowanie tego sposobu leczenia w przypadkach lżejszych jednostronnej gruźlicy.

Chcąc mieć własne pod tym względem doświadczenie, postanowiłem, za radą prof. Gluzińskiego, zbadać rzecz na zwierzętach, a mianowicie: określić zmiany anatomiczne, jakie powstają w zdrowem płucu pod wpływem wywartego nań ucisku, przekonać się, w jaki czas zmiany takie, któreby można uważać za trwałe uszkodzenie płuca, zaczynają występować, i zbadać, jakie części płuca najwięcej i najwcześniej ulegają zmianom. Postanowiłem także w kilku przypadkach zbadać wpływ odmy na płuco zwierzęcia zakażonego gruźlicą i rozpatrzeć, czy otrzymane wyniki nie mogłyby się przyczynić do określenia wskazania do leczenia postaci lżejszych, początkowych, u człowieka.

Do doświadczeń używałem królików i psów dużej wagi, gdyż, jak twierdzi Kaufmann, niepowodzenia Brunsa w doświadczeniach na psach pochodziły stąd tylko, że używał on psów za małych. Odmę wykonywałem za pomocą przyrządu Forlaniniego, zaopatrzonego w manometr wodny, zawsze po stronie prawej, zwykle w przedniej linii pachowej, w IV., V. lub VI. międzyżebrzu, wkłuwając cienką ostrą igłę zupełnie poziomo; po stwierdzeniu wysokości ciśnienia, które u królików waha się według moich spostrzeżeń między 3 a 1 (według Brunsa 4,5—1,5), wpuszczałem odrazu przy pierwszym zabiegu tyle gazu, aby wywołać zupełne zapadnięcie się płuca i doprowadzić do ciśnienia dodatniego + 1 + 2, w niektórych przypadkach nawet wyżej, tak przy wdechu, jak i wydechu. Ilości gazu, potrzebne, aby sprowadzić parcie dodatnie, wahają się w dużych granicach (od 75—220 cm^3) zależnie od wielkości zwierzęcia. Podnoszenie parcia początkowego powyżej + 2 było jednak niebezpieczne, kończyło się bowiem albo śmiercią zwierzęcia, albo co najmniej napadem drgawek, silnej duszności, bezprzytomności, które ustępowały zwolna, dopiero po pewnym czasie.

Spostrzegłem jednak pod tym względem różne zachowanie się zwierząt, które objaśnić sobie mogę tylko różnym stopniem podatności ich śródpiersia. I tak n. p. gdy u królika Nr 2 wagi 2200 gr. przy drugiem wytwarzaniu odmy mimo wprowadzenia 165 cm^3 N nie podniosło się parcie powyżej + 1 + 2 i mimo stosunkowo niewielkiego parcia, które zwierzę przy pierwszym zabiegu zniosło dobrze, wystąpił teraz napad drgawek, duszność i śmierć, to u królika Nr 7, wagi stosunkowo niewielkiej (1800 gr.), wprowadzenie 75 cm^3 N podniosło parcie do + 3 + 5, przyczem w zachowaniu się zwierzęcia, oprócz u każdego zwierzęcia stale spotykanego przyspieszenia oddechów, nie zauważyłem żadnej zmiany. Objaśniam to tylko w ten sposób, że u królika Nr 2 śródpiersie wypukłało się ku stronie nie uciskanej i gdy, mimo wprowadzanych nowych ilości gazu, parcie po stronie uciskanej utrzymywało się stale na wysokości + 1 + 2, to parcie po stronie przeciwnej musiało opadać i zbliżać do ± 0.

Skoro zaś w końcu parcie wydechowe doszło do ± 0 i zwierzę nie mogło przy największym nawet wysiłku przez rozszerzenie klatki po stronie nieuciskanej utrzymać parcia ujemnego, następowała śmierć przez uduszenie. Pamiętać należy, że pojemność klatki piersiowej nie jest wielkością stałą, którąby się dała ustalić cyfrowo i, jak zaznacza Rosenbach (15), zależy od takich czynników, jak elastyczność samego płuca, podatność ścian klatki piersiowej i przepony, stan napełnienia jelit i wspomniana już podatność śródpiersia.

Ponieważ wchłanianie się gazu przy zdrowej opłucnej następuje dosyć szybko, dlatego dopełniania gazem musiały, z początku zwłaszcza, następować dosyć często.

W drugim szeregu doświadczeń (4 króliki) postępowałem w następujący sposób: U jednych królików wytwarzałem najpierw sztuczną odmę, a następnie dopiero zakażałem je śródżylnie, wprowadzając im do żyły usznej zawiesinę prątków gruźliczych (typus bovinus). I tak: zakażenie u królika Nr 6 nastąpiło w 26 dni po pierwszem wytworzeniu odmy, podtrzymywanej następnie kilkakrotnie, a więc w okresie, kiedy w płucu ugniecionem można było spodziewać się już pewnych zmian.

Królika Nr 8 zakaziłem w 2 dni po wytworzeniu sztucznej odmy. U dwóch innych królików najpierw dokonywałem śródżylnego zakażenia, a potem dopiero wytwarzałem sztuczną odmę opłucną, i to albo bezpośrednio następnego dnia po zakażeniu (królik Nr 4), albo dopiero w pewien czas potem (królik Nr 5 w 6 dni).

Zaznaczam tutaj, że doświadczenia moje tym odmiennym sposobem zakażania różnią się od doświadczeń Schura i Plaschkesa, którzy zakażali swoje zwierzęta zawsze dopiero po wytworzeniu odmy.

Badania histologicznego płuc dokonywałem w sposób zwykły, utrwalając wycięte z różnych płatów obu płuc kawałki w wyskoku i zatapiając je następnie w parafinie; skrawki barwiłem hematoksyliną i eozyną, jakoteż metodą Van Giesona. Ogółem zbadałem płuca u 12 zwierząt. Dla przykładu przytaczam w całości tylko protokoły dwóch doświadczeń, pomijając inne w celu oszczędzenia miejsca.

Królik 9., wagi 1950 gr. — żył 88 dni.

	Insuffl.	Parcie początkowe	Ilość cm^3 N	Parcie końcowe
14/I.	1	— 3 — 1,5	70	+ 2 + 3
20/I.	2	— 3 — 1,5	70	+ 2 + 3
27/I.	3	— 2 — 1	50	+ 2 + 3
4/II.	4	— 1,5 — 0,5	55	+ 2 + 3
7/II.	5	— 1,5 — 0,5	70	+ 1 + 2,5
10/II.	6	— 1,0 — 0,5	70	+ 2 + 3
13/II.	7	— 1,0 — 0,5	85	+ 1 + 2
16/II	8	— 1,0 — 0.5	80	+ 1 + 2
22/II.	9	— 0,5 ± 0	80	+ 0,5 + 1
25/II.	10	— 1,0 — 0,5	100	+ 1 + 2
4/III.	11	— 1,5 — 1	75	+ 0,5 + 1,5
11/III.	12	— 1 — 0,5	70	+ 2 + 3
17/III.	13	— 0.5 ± 0	60	+ 1 + 2
24/III.	14	— 0,5 ± 0	60	+ 1 + 2
28/III.	15	— 0,5 ± 0	60	+ 1 + 1,5
30/III.	16	— 0,5 ± 0	50	+ 1,5 + 2
10/IV.	17	— 1, ± 0	70	+ 2 + 3

zginął 11/IV.

Sekcya: Obie jamy opłucne wolne, płuco prawe, zgniecione, leży obok kręgosłupa. Płuco lewe wypełnia szczelnie klatkę.

Płat dolny prawego płuca o brzegach nieco rozdętych, kawałki rzucone na wodę pływają: płat górny dobrze uciśnięty, prawie bezpowietrzny: na opłucnej tak dolnego jak i górnego płatu wysepkowate zmętnienia. Lewe płuco silnie ukrwione, brzegi, zwłaszcza dolnego płatu, bardzo silnie rozdęte.

Opis histologiczny: Lewe płuco: wybitne przekrwienie; pęcherzyki w dolnym płacie bardzo duże, w częściach przybrzeżnych miejscami porozdzierane; opłucna bez zmian. Płuco prawe: miąższ wybitnie uciśnięty w warstwie podopłucnej, tu światła pęcherzyków nie widać. Warstwy głębsze lepiej powietrzne. Opłucna zgrubiała wskutek rozwoju wyraźnej tkanki ziarninowej, nigdzie jednak nie widać przemiany jej w tkankę włóknistą. Miejscami pasma wchodzą w głąb. Naokoło naczyń, mniej wybitnie naokoło oskrzeli, nacieki drobnokomórkowe, niezbyt liczne, tu i ówdzie jednak o charakterze tkanki ziarninowej (komórki nabłonkowate i śródbłonkowe).

Ognisk zapalnych w pęcherzykach powietrznych nigdzie niema.

Naczynia chłonne o świetle szerokiem.

Królik 6. wagi 2450 — żył 118 dni.

Data	Insufflatio	Parcie początkowe	Ilość cm^3 N	Parcie końcowe
10/I	1	— 1,5—1	130	+ 2+3
14/I	2	— 3—1	60	+ 0,5+2
20/I	3	— 0,5±0	85	+ 2+3
27/I	4	— 0,5±0	90	+ 1+2
4/II	5	± 0 – 0,5	100	+ 1+2
4/II	wieczorem zakażony został prątkami gruźlicy »typus bovinus« (3 oczka normalne w 5 cm^3 NaCl fizyol., z tego 1 cm^3 do żyły usznej)			
5/II	6	± 0—0,5	40	+ 0,5+1
7/II	7	— 1—0,5	100	+ 0,5+1
10/II	8	— 1—0,5	85	+ 0,5+1
13/II	9	— 1+0,5	25	+ 1+5
16/II	10	— 2—1	50	+ 1+1,5
21/II	11	— 2—1	50	+ 2+3
25/II	12	— 1—0,5	75	+ 0,5+1
4/III	13	— 1—0,5	110	+ 0,5+1
11/III	14	— 3 – 2	90	+ 1+2
17/III	15	— 1—0,5	90	+ 1+2
24/III	16	— 1,5—1	75	+ 1+2
28/III	17	— 1,5—1	50	+ 0,5+1
2/IV	18	— 0,5±0	50	+ 1+2
18/IV	19	— 1,5 – 1	100	+ 2+3

28. IV. Królik bardzo słaby, od kilku dni nic nie je; zabito go.

Sekcya: Płuco lewe wypełnia szczelnie klatkę piersiową, na opłucnej świeże naloty włóknikowe. Płynu w jamie opłucnej niema. Prawa jama opłucna wypełniona dużą ilością płynu surowiczego, jasnożółtego; płuco ugniecione, nie wypełnia szczelnie klatki, zapadnięte. Płuco prawe znacznie zmniejszone, ciężar zwiększony, opłucna na całej przestrzeni silnie zgrubiała, białawo przeświecająca. Na przekroju we wszystkich płatach cały szereg ognisk mniejszych i większych, płaskich, zatokowatych, w środku ulegających serowatemu rozpadowi. Ogniska te częściowo zlewają się ze sobą, dookoła otoczone są twardszą, przeświecającą tkanką łączną. Poza tem widzimy w płucu porozrzucane gruzełki, w większości ulegające serowaceniu, ze sobą się zlewające. Reszta miąższu płucnego o zabarwieniu jasno różowem, bezpowietrzna, wiotka.

Płuco lewe objętości i ciężaru zwiększonego; przez opłucną, gładką i lśniącą, prześwieca cały szereg gruzełków, większych i mniejszych, zlewających w ogniska guzowate, ponad powierzchnię nieco wystające. Na przekroju całe płuco zasiane jest gruzełkami, przeważnie wielkości dużego łebka szpilki, serowaciejącymi i ze sobą się zlewającymi. Poza tem ogniska płaskie, serowate, zatokowate. W górnym płacie i w górnej części płatu dolnego świeże jamki, wypełnione treścią gęstą, serowatą.

Wśród powyżej opisanych ognisk widzimy ogniska tkanki łącznej, przeświecającej, szarawej, w ilości na oko może mniejszej, niż w płucu prawem. Poza tem płuco silnie przekrwione, przy ucisku wydobywa się pienisty, obfity, nieco krwawy płyn.

Badanie płynu z opłucnej wykazuje: Białka 3,5%. Próba Moritz-Rivalty — dodatnia. Próba Milona — ujemna. W preparacie przeważają znacznie limfocyty, mała zaś ilość komórek neutrofilnych, skurczonych, zwyrodniałych. Pojedynczo zdarzają się komórki tuczne i dosyć duża ilość eozynofilnych; metodą antyforminową wykazano skąpe prątki gruźlicze.

Opis histologiczny: Płuco prawe: Opłucna wybitnie zgrubiała; zgrubienie to składa się z świeżej tkanki łącznej, miejscami widoczne są nacieki zapalne; uderza wielka ilość komórek eozynochłonnych. Naczynia krwionośne obfite, krwią wypełnione. W całym miąższu rozrzucone wielkie ogniska serowate (ogniska zapalenia serowatego), pęcherzyki w otoczeniu tych ognisk okazują zmiany zapalne, niektóre z nich wypełnione są samymi złuszczonymi nabłonkami (pneumonia desquamativa), inne ciałkami białemi i wysiękiem zapalnym, w niektórych zaś widzimy komórki olbrzymie.

Dokoła naczyń krwionośnych obfite nacieki drobnokomórkowe. W reszcie miąższu, miejscami, zwłaszcza w częściach przybrzeżnych, widać pęcherzyki rozdęte. Naczynia chłonne silnie rozszerzone, wypełnione ciałkami białemi.

Wśród opisanych wyżej mas serowatych widzimy ogniska ciemno się barwiące hematoksyliną, ziarniste, wyglądające na początkowe zwapnienia.

Znaczniejszego rozrostu tkanki łącznej niema. Wyraźnej różnicy między płatem górnym a dolnym nie zauważono.

Płuco lewe: Obraz zupełnie podobny z tą różnicą, że opłucna nie jest zgrubiała, tylko miejscami świeże naloty włóknika. Naczynia krwionośne silnie krwią wypełnione.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala garnizonowego Nr 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

I.

O zachowaniu się serca i pni tętniczych w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

(Dokończenie).

Wobec tego, że żołnierze nasi przychodzili bezpośrednio z frontu do szpitala, i my nie możemy wykluczyć, że przyczyną przerostu mięśnia komory lewej u nich są również warunki, które ze sobą przynosi uciążliwa postać wojny; wątpić jednak musimy, czy to źródło jest przyczyną zmiany serca w większej liczbie przypadków. Za tem twierdzeniem przemawiałoby to, że czysty przerost lewej komory serca, bez innych powikłań, stwierdziliśmy tylko w 10 przypadkach, i w tych przerost, może czysto roboczy, moglibyśmy wytłumaczyć tylko może stosunkami wojennymi, chociaż i w tych nie możemy wykluczyć i drugiej równoczesnej przyczyny, to jest sprawy zapalnej nerek. W dalszych 20 przypadkach prócz przerostu serca stwierdziliśmy równocześnie i zmiany w aorcie, tak, że w nich, a może i w ogólnych warunkach, musimy się doszukiwać źródła dla zaburzeń sercowych. Jasnem jest, że stan nieprawidłowy aorty wpływać może następowo na rozwinięcie się zmian w mięśniu sercowym, a i przyczyna ogólna, która wywołała stan patologiczny w aorcie, nie może być również bez wpływu na stan mięśnia sercowego. Nasuwa się wprost przypuszczenie, że toksyny drobnoustrojów, jak i trucizny tak zwane endogeniczne, stojące w związku ze stanem zapalnym nerek, działają jako »agens toxicum« na mięsień sercowy. Pod wpływem tego czynnika może się rozwinąć przerost mięśnia sercowego bez wymaganego zawsze przez H. Straussa podwyższenia obwodowego parcia krwi. Przypomnę, że znamy przerosty mięśnia sercowego przy schorzeniach gruczołów o t. zw. wewnętrznem wydzielaniu, pod wpływem długotrwałego zatrucia kamforą i t. d. Pośrednictwo stałe podwyższenia obwodowego parcia krwi, którego następstwem ma być dopiero przerost mięśnia sercowego, nie zawsze zdaje się być »conditio sine qua non«, bo podobnie, jak u innych autorów, i nasze badanie nie wykazywało zawsze podwyższenia obwodowego parcia krwi, i to właśnie nie w tych przypadkach, w których badanie szczegółowe stwierdzało obecność przerostu lewej komory serca. Na podstawie naszych spostrzeżeń możemy twierdzić, że w przypadkach ostrego kłębkowego zapalenia nerek u żołnierzy tak często spotykany przerost komory lewej serca — prócz przez stosunki wojenne (fizyczne wyczerpanie, nadużywanie alkoholu i tytoniu, podniety psychiczne) — jest wywołany i przez samo zapalenie nerek i z niem związane zatrucie ustroju, a także może przez czynniki chorobotwórcze, które są przyczyną samej sprawy nerkowej. Pamiętać musimy o tem, że stwierdzenie przerostu mięśnia sercowego przy kłębkowem zapaleniu nerek u żołnierzy nie uprawnia nas jeszcze do

rozpoznawania przewlekłej sprawy w nerkach, o ile innych danych niema; przerost mięśnia sercowego może być jednym z istotnych objawów ostrego zapalenia nerek. Dodam, że w krótki czas po wyleczeniu zapalenia stwierdzaliśmy jeszcze obecność przerostu mięśnia sercowego.

Choć w paru słowach muszę poruszyć sprawę klinicznego znaczenia stwierdzonego przerostu mięśnia sercowego. Trudno nam stanąć na stanowisku tak zwanego przez Wenckebacha fizyologicznego przerostu mięśnia sercowego i trudno nam będzie przyjąć pojęcie Dietlena o t. zw. wzmocnieniu serca (Herzstarkung), w czem mieści się pojęcie braku znaczenia chorobowego tych zmian u dotkniętego osobnika, jak to twierdzą powyżsi autorowie. Przecież każdy przerost mięśnia sercowego, rozwijający się na tle zwiększonej pracy, ma swe uzasadnione źródło w warunkach fizyologicznych i jest wyrazem wzmacniania się serca, jak i dostosowania się jego do warunków zwiększonego zapotrzebowania; przytoczę tylko przerost serca roboczy, wywołany utrudnieniem odpływu krwi z serca do łożyska tętniczego, czy to z przyczyn miejscowych, czy też ogólnych. A spostrzeżenie, że dany przerost nie staje się jeszcze źródłem zaburzeń krążenia, jak i stwierdzone u żołnierzy cofanie się przerostu, nie wyłącza pojęcia, że on jest objawem niekorzystnym, to jest schorzeniem mięśnia sercowego, a nie czemś korzystnem dla serca ze względu na następstwa, które on ze sobą przynosi. Przerosły mięsień sercowy tworzy »punctum minoris resistentiae«, zwłaszcza w razie jakiegokolwiek zakażenia, za czem przemawiają nasze spostrzeżenia u żołnierzy właśnie z zapaleniem nerek. Jak już wspomniałem wyżej, często obok przerostu mięśnia spotykaliśmy i objawy rozszerzenia komór serca na dowód schorzenia samego mięśnia.

Jak badanie wykazało, do częstych objawów u naszych chorych należało rozszerzenie jam serca, częściej obu, rzadziej tylko lewej komory, jako następstwo sprawy patologicznej, toczącej się w samym mięśniu sercowym. Schorzeniem dotknięty był najczęściej mięsień komory lewej, rzadziej komory prawej, najrzadziej mięsień przedsionków serca. Za obecnością zajęcia mięśnia sercowego, i to przeważnie lewej komory, przemawia nie tylko rozszerzenie odpowiedniego odcinka serca, lecz także badanie osłuchiwaniem, i to przedewszystkiem zmiany nad koniuszkiem serca. Szmer, dający się wykazać w tem miejscu, na podstawie danych fizycznych musimy przeważnie uważać za t. zw. szmer mięśniowy, wywołany sprawą chorobową, toczącą się w układzie mięśniowym zastawek i ujść sercowych. W pewnej liczbie przypadków na podstawie tych zmian doszło nawet do powstania względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, powstałej na tle rozszerzenia. Za obecnością niedomykalności względnej przemawia z jednej strony szmer skurczowy nad koniuszkiem serca, a z drugiej rozszerzenie komór i równocześnie dające się w tych przypadkach zawsze wykazać rozszerzenie tętnicy płucnej. Dla wykazania rodzaju schorzenia mięśnia sercowego musimy się oprzeć na wynikach badania pośmiertnego, ażeby nie być zmuszonym tylko do przypuszczeń mniej lub więcej prawdopodobnych. W naszych dwu przypadkach śmiertelnych zapalenia nerek Dr B. Kwaśniewski (prosektor szpitala garnizonowego lwowskiego) wykazał bardzo silne zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, a Jungmann w swoich licznych przypadkach sekcyjnych stwierdził rozległe zwyrodnienie tłuszczowe włókien mięśnia sercowego, tak że za najczęstszą zmianę, spotykaną w sercu przy kłębkowem zapaleniu nerek ostrem, musimy uważać zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, podobne do obrazu, stwierdzanego zwykle w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Czy i jak często przy ostrem zapaleniu nerek toczy się w mięśniu sercowym sprawa zapalna w ścisłem słowa znaczeniu, tego nie możemy rozstrzygać. Jako rzecz wielkiej wagi dla sprawy leczenia i przyszłości naszych chorych musimy tylko podkreślić fakt stwierdzonej przez nas częstości i rozległości zajęcia mięśnia sercowego wogóle w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Częściej jeszcze, niż zajęcie mięśnia sercowego, stwierdzaliśmy u naszych chorych zajęcie tętnicy głównej, a mianowicie rozszerzenie aorty, zwykle części jej wstępującej, rzadziej także łuku lub części jej zstępującej. Rozpoznanie rozszerzenia tętnicy głównej opierało się głównie na badaniu rentgenologicznem, a za niem przemawiała również i obecność głuchego I. tonu nad tętnicą główną; innych objawów fizycznych, właściwych dla tej sprawy, nie było, i to z tego powodu, że rozszerzenie nie było znaczniejszego stopnia. Szukając przyczyny dla tego stanu patologicznego tętnicy głównej, dojdziemy do przekonania, że przy powstaniu jej muszą wchodzić w grę dwa czynniki, i to: z jednej strony podwyższenie parcia krwi w świetle tętnicy głównej, a z drugiej chorobowe zmniejszenie odporności i elastyczności jej ściany. Za obecnością pierwszego czynnika, to jest podwyższenia parcia krwi w tętnicy głównej, przemawia tak często stwierdzane wzmocnienie II. tonu nad tętnicą główną, a za sprawą patologiczną, toczącą się w ścianie samej tętnicy, która w następstwie jest powodem rozszerzenia tętnicy, przemawia właśnie fakt istnienia rozszerzenia aorty. Pamiętajmy o tem, że znajdowaliśmy przypadki, w których istniało zwiększenie parcia krwi w tętnicy głównej, a mimo to nie było w nich rozszerzenia tętnicy samej; w tych przypadkoch właśnie brakowało tego pośredniego czynnika, to jest schorzenia samej ściany aorty. Jak z tej dedukcyi wynika, obecność rozszerzenia tętnicy głównej posłuży nam do rozpoznania schorzenia ściany tętnicy głównej, jako cierpienia zasadniczego, na którego tle dopiero przychodzi do wytworzenia się rozszerzenia tętnicy. Na podstawie obrazu klinicznego jesteśmy uprawnieni przyjąć, że w ścianie tętnicy głównej przy ostrem zapaleniu nerek kłębkowem toczy się sprawa zapalna, a może zwyradniająca, która zmniejsza jej odporność i elastyczność. Bez badania autoptycznego mamy prawo przyjąć obecność ostrego zapalenia ściany tętnicy głównej, powstającego prawdopodobnie na tle zakażenia, które wywołało i stan zapalny w nerkach. Badania nasze, podobnie jak i innych autorów (podaliśmy je w pracy »Über Nierenerkrankungen im Felde«), wykazują, że przyczyna zapalenia nerek u żołnierzy tkwi w zakażeniu drobnoustrojowem, o czem pomówimy jeszcze niżej. Przypomnieć przytem muszę rzecz znaną, że jednym z początkowych objawów ostrego zapalenia tętnicy głównej jest rozszerzenie jej, a w dalszym rozwoju sprawy występują dopiero inne wybitniejsze objawy kliniczne, więcej w oczy wpadające. Praktycznie ważne byłoby wiedzieć, czy w przyszłości sprawa zapalna w aorcie u naszych chorych może wygoić się, czy też na jej tle rozwija się przewlekła sprawa zapalna w ścianie; w tym drugim przypadku mielibyśmy podstawę do wytłumaczenia powstawania zmian przewlekłych w aorcie w przeważnej liczbie przypadków przewlekłego zapalenia nerek i nie potrzebowalibyśmy szukać innych przyczyn do powstania jej; jak wiadomo, wielu autorów szuka źródła dla tych zmian przy przewlekłem zapaleniu nerek nie w stanie zapalnym, toczącym się w ścianie tętnicy głównej. Należałoby jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy wspomniane zmiany w aorcie są objawem, spotykanym tylko w przypadkach zapalenia nerek u żołnierzy, czy też należą one do objawów ostrego zapalenia nerek wogóle; do rozstrzygnięcia tego pytania brak nam jednak jeszcze dostatecznego doświadczenia klinicznego, które musi uzupełnić dopiero badanie przyszłe, tak kliniczne, jak i anatomopatologiczne. Rozstrzygnięcie tej sprawy byłoby ważne zwłaszcza ze względu na postępowanie następowe po ostrem zapaleniu nerek u ozdrowieńców. Dziś musi nam wystarczyć spostrzeżenie, że schorzenie aorty należy do objawów, często spotykanych przy ostrem zapaleniu nerek u żołnierzy. Trudno byłoby jeszcze stanowczo rozstrzygnąć, o ile

do powstania tych zmian przyczyniają się same warunki wojenne, zaznaczę jednak, że badania nasze, przeprowadzone w tym kierunku u żołnierzy, dotkniętych innemi schorzeniami, wykazywały rzadko obecność rozszerzenia tętnicy głównej, którą można było wytłumaczyć czynnikami wojennymi, a przedewszystkiem może zakażeniem drobnoustrojowem, na które wojsko jest tak często narażone. Wspomnieć muszę na tem miejscu o spostrzeżeniach Mönckeberga, który u żołnierzy, biorących udział w obecnej wojnie, stwierdzał przy sekcyi nadzwyczaj często zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej, a zwłaszcza w tętnicach wieńcowych serca, i to bardzo często właśnie u osobników młodych, których powinniśmy dziś uważać za wolnych od miażdżycy.

Omówić musimy jeszcze nieprawidłowe zachowanie się tętnicy płucnej. Przypomnę, że w 12 przypadkach prześwietlenie wykazało wypuklenie cienia tętnicy płucnej, na dowód jej rozszerzenia. Podobnie, jak to już wyżej podałem, przy powstaniu zmian w tętnicy płucnej, jako czynnik wywołujący, może działać wzmożenie parcia krwi w jej świetle, obok zaburzeń w odporności i elastyczności ściany tętnicy. Jeżeli uwzględnimy wynik badania fizycznego, a mianowicie obecność szmeru skurczowego nad koniuszkiem serca, równocześnie dające się wykazać rozszerzenie komór serca i równoczesne zmiany w tętnicy płucnej, to jasnem będzie, że najłatwiej będzie szukać przyczyny dla stanu nieprawidłowego tętnicy płucnej właśnie w tych zmianach, które pozwalają na rozpoznanie względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, powstałej na tle zmian w mięśniu sercowym. W zaburzeniach zastawkowych znajdziemy pierwsze źródło podwyższenia parcia krwi w łożysku tętnicy płucnej. Dodajmy do tego objawy patologiczne ze strony narządu oddechowego, które należą przecież do objawów stałych przy zapaleniu nerek, a wtedy będziemy mieć dostateczny powód do powstania podwyższenia parcia krwi w tętnicy płucnej. Czy w tych warunkach do rozwoju rozszerzenia tętnicy płucnej nie jest jeszcze konieczną obecność schorzenia samej ściany tętnicy, to trudno będzie rozstrzygać. Brak rozszerzenia komory prawej w 11 przypadkach ze stanem patologicznym tętnicy płucnej przemawia jednak za tem, że przy powstawaniu rozszerzenia tętnicy płucnej przecież może wchodzi w grę jeszcze i sprawa chorobowa, tocząca się w samej ścianie tętnicy, która to sprawa obniża jej naturalną odporność. Z czem moglibyśmy mieć tu do czynienia, czy ze stanem zapalnym, tego bez badań drobnowidowych nie wolno nam rozstrzygać. W końcu dodać muszę, że zaburzenia w tętnicy płucnej nie mają takiego znaczenia, jak zmiany, stwierdzone w aorcie, bo spotykamy je znacznie rzadziej, lecz wspomnieć o nich należy tak ze stanowiska teoretycznego, jak i praktycznego.

Pozostaje nam jeszcze do omówienia sprawa etyologii tych zmian, spostrzeganych w narządzie krążenia przy ostrem zapaleniu nerek u żołnierzy. Wspomnieliśmy już wyżej, że w części przypadków celem wytłómaczenia zmian przerostowych mięśnia sercowego komory lewej, jak i może po części objawów rozszerzenia tętnicy głównej, przyczyny dla nich szukać należy w warunkach, które ze sobą przynosi dzisiejsza wojna. W przeważnej liczbie przypadków jednak musimy myśleć o innej etyologii. Przerost mięśnia sercowego może być wywołany przez zaburzenia przemiany materyi, mające swe źródło w zmienionych warunkach wydzielniczych nerek, a prawdopodobnie może on powstać przez bezpośrednie działanie czynnika, wywołującego ostre zapalenie nerek. Dla wytłómaczenia rozszerzenia, powstałego na tle zwyrodnienia, a może zapalenia mięśnia sercowego, wszystko zmusza nas do przyjęcia etyologii zakaźnej, więc wpływu drobnoustrojów, które działają chorobotwórczo z jednej strony na nerki, a z drugiej na narząd krążenia. Obydwie sprawy chorobowe są wynikiem działania jednej i tej samej przyczyny, to jest zakażenia. Stosunki wojenne musimy uważać za czynnik usposabiający tylko, tak nerki, jak i narząd krążenia, który tworzy »punctum minoris resistentiae« dla usadowienia się zakażenia. W wykładzie moim w kwietniu 1916 r. podałem podstawy do twierdzenia, że przyczyną właściwą do powstania ostrego zapalenia nerek jest zawsze zakażenie drobnoustrojami, a warunki wojenne są tylko czynnikiem, usposabiającym do powstania jego. Badanie moczu, uzyskanego drogą cewnikowania moczowodów, wykazało obecność n. p. prątka okrężnicy, dwoinek zapalenia płuc (pneumococcus) lub paciorkowców i tym drobnoustrojom musieliśmy przyznać ważne znaczenie etyologiczne przy powstawaniu zapalenia nerek; doszukując się w dalszym ciągu doświadczeń wrót zakażenia, wykazaliśmy, że tworzą je najczęściej migdałki gardłowe, rzadziej przewód pokarmowy i narządy oddechowe. Prócz tego w rozprawce mojej »Über das Fünftagefieber« zwróciłem uwagę na częste powikłanie tej sprawy chorobowej typowem ostrem kłębkowem zapaleniem nerek. Przypomnę, że Jungmann przy sekcyi przypadków ostrego kłębkowego zapalenia nerek (glomerulonephritis) u żołnierzy znajdował stale ostry zakaźny obrzęk śledziony i że dla zapalenia nerek przyjmuje również etyologię zakaźną. Nie chcąc zwiększać liczby autorów, zgadzających się na etyologię zakaźną ostrego zapalenia nerek, sądzę, że mamy dostateczną liczbę dowodów do twierdzenia, że: zakażenie, dające powód do ostrego zapalenia nerek, działa równocześnie chorobotwórczo na mięsień sercowy i aortę, a może i na tętnicę płucną, wywołując w nich wyżej podane zmiany chorobowe, więc z jednej strony ostre zwyrodnienie tłuszczowe, a może i stan zapalny mięśnia sercowego, z drugiej strony zaś schorzenie ściany tętnicy głównej, a może i płucnej.

Zestawiając wyniki naszych spostrzeżeń, musimy dojść do następujących, praktycznie ważnych wniosków: 1) Obecność przerostu mięśnia sercowego, i to komory lewej, nie uprawnia nas jeszcze do rozpoznawania sprawy przewlekłej w nerkach przy zapaleniu nerek, spotykanem u żołnierzy; 2) w przypadkach ostrego kłębkowego zapalenia nerek musimy zwrócić szczególną uwagę na narząd krążenia, bo w nim toczą się skrycie wybitne, praktycznie jak i teoretycznie ważne zmiany patologiczne, które wymagają ostrożności przy dalszej ocenie przypadku.

Piśmiennictwo. 1) Dietlen: Dyskusya do odczytu Wenckebacha: Über Herzerkrankungen der Kriegsteilnehmer. — Niemiecki Zjazd medycyny wewnętrznej w Warszawie w maju 1916 r. — 2) Franke: Feldärztliche Blätter d. 2. Armee. Nr 13. i 14. 1916 r. — 3) Franke: Wien. klin. Woch. Nr 2. 1916 r.— 4) Friedländer: Archiv f. Anat. u. Physiol. 1881. — 5) Jungmann: Dyskusya do odczytu Hirscha: Nierenentzündungen im Felde. N. Zjazd medyc. wewn. w Warszawie. 1916. — 6) Kaufmann: Dyskusya do odczytu Wenckebacha na N. Zjeździe w Warszawie. 1916. — 7) Mannaberg: Medizin. Klinik der Krankh. der Nieren. Handbuch d. Urologie. T. II. Wien 1905. — 8) Silbermann: Jahresber. f. Kinderheilk. 1881. — 9) H. Strauss: Die Nephritiden. Berlin—Wien. 1916. — 10) Wenckebach: Über Herzerkrankungen der Kriegsteilnehmer. Odczyt na N. Zjeździe med. wewn. w Warszawie 1916 r.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Uroczyste posiedzenie w d. 9. XI. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz przywitał gościa z Warszawy Dr Kazimierza Rzętkowskiego, kol. Schönguta, prezydenta Izby lekarskiej, i kol. Damskiego, prezesa Związku lekarzy, oraz

wszystkich obecnych, a po brzegi wypełniających salę kolegów, a przedewszystkiem lekarzy Legionów polskich z Dr Ruppertem na czele.

Następnie wygłosił przewodniczący z powodu proklamacyi Państwa Polskiego w d. 5 listopada przemówienie, (w całości ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« Nr. 19 z r. 1916).

Dalej uchwalono wysłać do lekarzy warszawskich na ręce Dr Brudzińskiego telegram, dający wyraz uczuciom lekarzy krakowskich.

Wreszcie na wniosek Zarządu uchwalono wśród oklasków mianować Dr Józefa Brudzińskiego członkiem honorowym Towarzystwa.

Po przemówieniu kol. Michałowicza imieniem kolegów zakordonowych, zebranie zostało zamknięte.

Posiedzenie z d. 13. XII. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 30.

1) Kol. Rosner przedstawił przypadki **akromegalii, raka pochwy wynicowanej i obojnactwa.**

2) Kol. Kazimierz Rzętkowski z Warszawy wygłosił wykład p. t.: **Azot formolowy krwi ludzkiej.** Na wstępie wyjaśnił prelegent znaczenie terminu »azot formolowy« i w paru słowach omówił metodę badania, jaką stosował w swych badaniach nad zawartością azotu formolowego we krwi całkowitej oraz w osoczu krwi ludzi zdrowych i chorych. We krwi ludzi zdrowych oznacza prelegent ilość azotu formolowego na 6,2—10,7 mgrm w 100 ctm sześć., średnio 7,8 mgrm. Znacznie przeważająca ilość azotu formolowego przypada na kwasy aminowe. Prelegent stwierdza zgodność swych danych co do zawartości azotu formolowego we krwi z danemi innych autorów, którzy tę sprawę badali, a mianowicie Freya (4—8 mgrm), Morela, Mouriquanda (3,9—7,8), von Stykego (3—8). Badania prelegenta dowodzą, że we krwi całkowitej przewaga azotu formolowego przypada na krążki czerwone: w 100 cm osocza ilość azotu formolowego wynosi 4,9 mgrm, a 100 krążków 10,6 mgrm. Ta okoliczność stwierdza dla krwi ludzkiej to, co w r. 1913 ogłosił o krwi psa A. Constantino.

Co się tyczy spraw chorobowych, to prelegent pod względem zawartości azotu formolowego we krwi rozważył następujące: 1) W 4 przypadkach duru brzusznego zawartość azotu formolowego we krwi całkowitej powiększona (do 15 mgrm). 2) W 5 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc stwierdzono nieznaczne wzmaganie się azotu formolowego (do 11,2 mgrm), przy prawidłowym rozkładzie azotu formolowego pomiędzy czerwonym osadem a osoczem. 3) W zapaleniu nerek (6 przypadków) ilość azotu formolowego we krwi wzrasta do 8,8—25,7 miligramów. Ilość azotu formolowego osocza może tu przewyższać ilość azotu formolowego krwinek. 4) W stanach zaburzenia krążenia (niedomogowych) ilość azotu formolowego we krwi wzrasta (15 przypadków) do 8,5—13,2 mgrm. 5) W przypadku marskości wątroby znalazł prelegent 33,5 mgrm azotu formolowego w krwi całkowitej. 6) W 2 przypadkach dość ciężkiej cukrzycy znaleziono bardzo nieznaczne wzmaganie się azotu formolowego we krwi (8,2 i 9,3 mgrm). Rozczłonkowanie azotu formolowego pomiędzy osoczem a czerwonym osadem prawidłowe.

W dyskusyi przemawiali kol. Oszacki i kol. Koźniewski.

Posiedzenie z d. 29. XI. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz po krótkiem przemówieniu, poświęconem pamięci Cesarza Franciszka Józefa I, posiedzenie na znak żałoby zamknął.

Posiedzenie z d. 29. XI. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 34.

1) Przewodniczący złożył hołd pamięci zmarłego Henryka Sienkiewicza i poświęcił wspomnienie ś. p. prof. Dr Reissowi. Obecni na zebraniu koledzy uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Następnie zawiadomił prezes o odpowiedzi, nadesłanej przez Towarzystwo lekarskie warszawskie na telegram z powodu ogłoszenia Państwa Polskiego i o oddaniu przez prof. Cybulskiego funduszu stypendyalnego jego imienia w zawiadywanie Towarzystwa.

3) Protokóły posiedzeń poprzednich przyjęto.

4) Wybrano komisyę przedwyborczą.

5) Wybrano kol. Harajewicza członkiem Towarzystwa.

6) Z kolei wygłosili wykłady: 1) kol. A. Wrzosek: **Udział lekarzy polskich w odrodzeniu Polski w XIX stuleciu;** 2) kol. A. Kwaśnicki: **Udział lekarzy w wojnie narodowej r. 1863—64;** 3) kol. T. Janiszewski: **Kilka myśli w sprawie organizacyi sanitarnej w wolnej Polsce.** (Wykłady te ukazały się w »Przeglądzie lekarskim«).

Posiedzenie z d. 6 XII. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 24.

1) Kol. Artwiński i Radliński przedstawili **przypadek padaczki Jacksona, wyleczony operacyjnie.**

2) Kol. Radliński przedstawił przypadek **obustronnego pęknięcia rzepki,** leczonego operacyjnie z wynikiem bardzo pomyślnym.

3) Kol. Blassberg przedstawił przypadek **tętna paradoksalnego** na tle zmian włóknistych w śródpiersiu.

4) Kol. Oszacki przedstawił przypadek **zrostów osierdzia z przeponą z przesunięciem serca** na lewo.

W dyskusyi co do przypadku kol. Blassberga przemawiał kol. Latkowski, pytając o sfigmogramy i kol. Kader, omawiając sprawy chirurgiczne, powodujące tętno paradoksalne.

5) Kol. T. Koźniewski wygłosił wykład: **O chorobach powstających wskutek niedostatecznego lub wadliwego (jednostronnego) odżywienia się.** Prelegent przedstawił dotychczasowe poglądy na istotę schorzeń, powstających u ludzi i u zwierząt wskutek niedostatecznego lub wadliwego (jednostronnego) odżywiania się, a więc gnilca, rumienia lombardzkiego (pellagry), beri-beri, choroby Barlowa oraz krzywicy. Najszczegółowiej omówił kol. K. teoryę Kazimierza Funka. Jest to t. zw. teorya głodu witaminowego, według której wymienione powyżej choroby powstają wskutek braku pewnych związków chemicznych, których zawartość w pokarmach jest minimalna, a znaczenie biologiczne bardzo wielkie. Związki te nazwał Funk witaminami, a choroby powstające wskutek ich braku awitaminozami. Za pomocą bardzo subtelnych metod chemicznych wyosobnił Funk z otrąb ryżowych i drożdży pewne krystaliczne związki, należące według niego do grupy ciał pirymidynowych i na podstawie doświadczeń na zwierzętach (ptakach) uważa je jako beriberi-witaminę, czyli ciała, których brak wywołuje chorobę beriberi u ludzi, a u ptaków zapalenie nerwów doświadczalne. Badania chemiczne nad innemi witaminami, n. p. nad witaminą przeciwgnilcową, znajdują się dopiero w okresie początkowym. W zakończeniu wykładu kol. Koźniewski wiąże teoryę głodu witaminowego z pracami autorów polskich (Budzyńskiego, Chełchowskiego, Starkiewicza i innych), kładąc nacisk na podobieństwo między przebiegiem klinicznym t. zw. puchliny głodowej, opisanej przez wymienionych autorów, a postacią obrzękową beri-beri.

W dyskusyi a) kol. Wilczyński wspomniał o swoich doświadczeniach na ptakach oraz zwrócił uwagę na znaczenie jednostronnego odżywiania.— b) Kol. Michałowicz podnosi, iż słuszniej zamiast słowa »witaminy« byłoby używać terminu »dodatkowe ciała pokarmowe« oraz podkreśla ich analogię do fermentów.— c) kol. Hermann przedstawił nieznaną dotychczas postać chorobową, spostrzeganą przez siebie z Dr Sterlingiem i Maybaumem, polegającą na znacznych obrzękach i zmianach skóry w częściach ciała, poddanych działaniu promieni słonecznych. Choroba ta, przypominająca dermatitis solaris, występowała pod wpływem wadliwego odżywiania.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Zjazd higienistów polskich w Warszawie

(29. i 30. czerwca i 1. lipca 1917).

Trzy główne sprawy podejmuje Zjazd higienistów polskich: 1) projekt prawodawstwa sanitarnego w Polsce, 2) zobrazowanie stanu sanitarnego kraju w dobie obecnej, 3) względy higieniczne przy odbudowie wsi i miast. W rozwinięciu tych zadań zwrócono uwagę na walkę z chorobami zakaźnemi, opiekę nad dziećmi i młodzieżą, organizacyę lecznictwa oraz wysunięto główniejsze dezyderaty zdrowotne przy odbudowie kraju.

Program Zjazdu jest następujący:

1. Prawodawstwo sanitarne i organizacya służby zdrowia w Polsce.
2. Stan sanitarny kraju.
3. Walka z chorobami zakaźnemi (z uwzględnieniem epidemiologii tyfusu plamistego, brzusznego, czerwonki i profilaktyki ich). Dezynfekcya.
4. Opieka nad dziećmi i młodzieżą. (Walka ze śmiertelnością dzieci. Instytucye ochrony dzieci. Higiena wychowawcza).

5. Opieka nad matką i dzieckiem.
6. Organizacya pomocy lekarskiej dla ludu. Szpitalnictwo.
7. Higiena miast, miasteczek i wsi. (Planowanie miast. Dostarczanie dobrej wody. Asanizacya. Drogi i ulice. Higiena zagrody wiejskiej. Higiena świątyń).
8. Dozór nad produktami spożywczymi. (Targowiska. Hale targowe. Rzeźnie. Chłodnie. Kontrola produktów spożywczych).
9. Surogaty pokarmów i używek.
10. Propaganda higieny. Przygotowanie personalu sanitarnego. Organizacya pomocy finansowej dla spraw zdrowotnych.

Zgłoszenia przyjmuje Biuro Zjazdu: Towarzystwo Higieniczne w Warszawie, ul. Karowa 31.

Upraszamy o wczesne zgłaszanie referatów, gdyż termin zgłoszenia będzie uwzględniany przy układaniu porządku dziennego posiedzeń Zjazdu. Pożądane jest, aby referaty nie trwały dłużej nad pół godziny, nadto, aby biuro do 15. czerwca otrzymało krótkie streszczenie referatu oraz wnioski.

Członkami Zjazdu mogą być: lekarze, weterynarze, farmaceuci, technicy, prawnicy, duchowieństwo, nauczyciele, członkowie zarządów miast, oraz osoby naukowo i praktycznie zajmujące się higieną.

Komitet Organizacyjny Zjazdu.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Otrzymujemy następującą odezwę.

Nr 237 z 14. V. 1917. Departament spraw wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu Królestwa Polskiego prosi pp. lekarzy, zamieszkałych w okupacyi austryackiej, którzy nie otrzymali kartek statystycznych lekarskich, o jaknajśpieszniejsze nadesłanie swych adresów do biura Departamentu (w Warszawie, Marszałkowska 154).

Ci z pp. lekarzy, którzy kartki otrzymali i dotychczas ich nie zwrócili, proszeni są o bezzwłoczne nadesłanie kartek, które mają służyć do ułożenia dokładnej listy lekarzy, zamieszkałych na całym obszarze Królestwa Polskiego.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 23. V. b. r. posiedzenie, na którem rozpatrywano sprawę gruźlicy u nas w obecnej dobie i środków zaradczych. Referentami byli prof. Dr Latkowski, Dr Bujak i prof. Dr Godlewski. Dyskusyę, w której zabrał głos prof. Dr Kader, odroczono następnie na najbliższe posiedzenie, gdy już także doc. Dr Janiszewski przedstawi swój referat. Posiedzenie to z dalszym ciągiem obrad w tym samym przedmiocie odbędzie się d. 30. V.

— D. 19. V. 1917 odbyło się w Biurze Krajowej Komisyi zwalczania gruźlicy posiedzenie podkomitetu, wybranego w celu rozpatrzenia planów oddziałów szpitalnych, przeznaczonych dla chorych z otwartą formą gruźlicy. W posiedzeniu wzięli udział: prof. Gluziński i prof. Wiczkowski ze Lwowa, inspektor szpitali krajowych Dr Müller, dyrektor doc. J. Mazurkiewicz, fizyk miejski doc. Dr T. Janiszewski, st. inż. Wydziału krajowego Kamienobrodzki i Dr Rozpędzihowski, jako sekretarz Biura. Opracowano główne wytyczne, które mają służyć do wykonania ostatecznych planów i kosztorysów. Wspomniane oddziały mają powstać przy 8 szpitalach krajowych, między innymi przy szpitalach krajowych we Lwowie i Krakowie. Plany te i kosztorysy mają służyć za podstawę do żądania dla kraju większej subwencyi rządowej z funduszu kilkunastomilionowego, przeznaczonego przez rząd na cele zwalczania gruźlicy w całem państwie. Tego samego dnia po południu odbyło się posiedzenie, na którem opracowano projekt statutu Krajowej Komisyi zwalczania gruźlicy.

— Zachodnio-galicyjskie Towarzystwo ochrony dzieci i młodzieży w Krakowie rozpisuje konkurs na napisanie popularnej broszury o pielęgnowaniu niemowląt do użytku matek. Obok poszczególnych zasad higieny niemowląt należy uwzględnić ze szczególnym naciskiem sprawę żywienia niemowląt i błędy, które popełnia się w tym kierunku. Broszura może obejmować najwyżej 3 arkusze druku w ósemce. Nagroda konkursowa wynosi 400 kor. (czterysta koron). Termin konkursu do 30. lipca 1917. Prace, na zwykłych warunkach konkursowych, należy przysłać pod adresem »Zachodnio-galicyjskie Towarzystwo ochrony dzieci i młodzieży w Krakowie, ul. Grodzka l. 52, parter, drzwi Nr 133«. Praca nagrodzona staje się wyłączną własnością Towarzystwa. Prace nienagrodzone zwróci się, bez otwarcia koperty z nazwiskiem, po zgłoszeniu się osoby upoważnionej do odbioru rękopisu, lub pocztą za podaniem adresu. Skład sądu konkursowego ogłoszony będzie później.

(Pisma polskie uprasza się o powtórzenie tej wiadomości).

— Dr Stanisław Bulikowski ordynować będzie w r. b., jak corocznie, w Gleichenbergu.

Lwów. Kliniki uniwersyteckie oddane zostały do użytku Wydziału lekarskiego i są czynne od rozpoczęcia bieżącego półrocza letniego. Na razie przyjmowanie chorych odbywa się w ograniczonej ilości ze względu na brak bielizny, wiktuałów i t. p. I tak klinika chirurgiczna rozporządza 25 łóżkami, położniczo-ginekologiczna 30, a wewnętrzna 35. Spodziewać się należy, że z biegiem czasu i w miarę poprawiania się stosunków stopniowo każda z klinik będzie rozszerzona. Jestto niewątpliwą zasługą Wydziału krajowego, że otwarcie klinik stosunkowo w szybkim czasie mogło dojść do skutku. Wiele pracy w tym kierunku włożył reprezentant Wydziału krajowego, inspektor Dr Lipski, który osobiście pilnował i dozorował prac przygotowawczych. Przez uruchomienie klinik nauka kliniczna mogła wejść na normalniejsze nieco tory, a niedomagania odczuwać się dają jedynie z powodu znacznego braku sił pomocniczych lekarskich, gdyż prawie wszyscy asystenci pełnią służbę wojskową, a o zastąpieniu ich wobec ogólnego braku lekarzy mowy być nie może.

— Wydział Towarzystwa lekarskiego lwowskiego zawiadamia swych członków, że wobec braku kursora ściągać będzie opłaty jakoteż zaległości za pośrednictwem czeków pocztowej kasy oszczędności. Zarazem zaznacza z naciskiem, że tym członkom, którzy najpóźniej po dzień 20. czerwca b. r. zaległości nie uiszczą, wstrzymana zostanie wysyłka »Przeglądu lekarskiego« bezwarunkowo z dniem 1. lipca b. r.

Sekretarz stały: Dr Papée. Prezes: Dr Kohlberger.

— Na Wydział lekarski zapisało się w półroczu letniem 271 słuchaczy.

Warszawa. Departament spraw wewnętrznych T. Rady Stanu zorganizował kursa dla kandydatów na lekarzy powiatowych. Kursa rozpoczną się 1. VI., a potrwają 2 do $2^1/_2$ miesięcy. Na kursach będą wykładać: Dr Serkowski higienę praktyczną, zarys bakteryologii i higienę środków spożywczych, prof. Braun o zaopatrzeniu w wodę i usuwaniu wód zanieczyszczonych, Dr Holzmann higienę rzemiosł, Dr Kaintoch epidemiologię, zwalczanie chorób zakaźnych i o obowiązkach lekarzy powiatowych, Dr Brunner o odkażaniu, Dr Wernic o walce z chorobami wenerycznemi i nierządem, Dr Szenajch o zwalczaniu śmiertelności niemowląt i opiece nad dziećmi, Dr Dębiński o walce z gruźlicą, Dr Gepner o walce ze ślepotą, prof. Sieradzki (ze Lwowa) medycynę sądową, Dr Paszkiewicz dyagnostykę anatomopatologiczną, Dr Radziwiłłowicz psychiatryę sądową, mg. Bukowski o kontroli aptek, Dr Chodźko polskie prawodawstwo sanitarne w rozwoju historycznym.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w maju 1917.

Gazeta lekarska Nr 17—20.: J. Tur: Prof. J. Nusbaum-Hilarowicz. (Wspomnienie pozgonne). (17). — Sierakowski (dok. 17). — Dębiński: Nauczanie kliniczne we Francyi (17—18). — Jaworski: Opuszczenie się, wypadnięcie macicy, wynicowanie pochwy, mimowolne oddawanie moczu, jako następstwa niedostatecznego odżywiania (18). — Grzywo-Dąbrowski: Przyczynek do kliniki objawów nerwowych w durze osutkowym (18). — Ciągliński: O współzależności zjawisk i oznaczaniu jej współczynnika (19—20). — Wretowski: Przypadek pyodermatosis streptococcica, leczony szczepionką swoistą (19). — Skłodowski: Napady omdlenia, zależne od postawy pionowej (20).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 17—20: Kopczyński: W sprawie tężyczki (17). — Zaremba: Stan pomocy chirurgicznej na tyłach armii (17—19). — Zawadzki: Organizacya służby zdrowia w Polsce (dok. 18). — Erlichówna: O leczeniu niedokrwistości za pomocą wstrzykiwania krwi ludzkiej (18—19).— Borsuk: Przypadek zranienia pęcherza moczowego podczas operacyi uwięzłej przepukliny biodrowej (20). — Herz: Ostre ropne zapalenie ucha środkowego u ssawców (20).

Kronika dentystyczna Nr 5.: Zilz (c. d.). — Krakowski (c. d.).

Polski Miesięcznik lekarski 1916 Nr 3 (Grudzień): Danysz: O przyczynach zaburzeń anafilaktycznych. Natura i sposób po-

wstawania przeciwciał. — Modrzewski: O szczepieniach ochronnych przeciw durowi brzusznemu. — E. Zieliński: O dyecie mlecznej u chorych na dur brzuszny. — Kossak, Koleśnickij i Rochlin: 343 przypadki tężca.

1917 Nr 1. i 2.: Wł. Janowski: Uwagi praktyczne w sprawie stosowania wewnętrznego niektórych związków jodowych.— Bychowski: Neurologia wobec wojny współczesnej. — E. Zieliński: Zmiany w narządach wewnętrznych przy upadku z dużych wysokości (z aeroplanem). — E. Piasecki: Z dziedziny ortopedyi wojennej.

Zdrowie Nr 4.: Dzięciołowski: Obecne zaopatrywanie Warszawy w mleko. — Polak: W sprawie odbudowy kraju. — Stefan Sterling: Działalność miejskiej pracowni bakteryologicznej w Łodzi.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 30. maja** 1917 o godzinie 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym w dalszym ciągu sprawa gruźlicy w obecnej dobie i środków zaradczych, referat Doc. Dr Janiszewskiego i dyskusya.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 22. Kraków, 2. czerwca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 2. czerwca 1917. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala garnizonowego Nr 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

II.

Wyniki badania sprawności każdej nerki z osobna w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podali

Prof. Dr Maryan Franke i Dr Franciszek Mehrer.

Badania sprawności nerek, przeprowadzane dotychczas w przypadkach ostrego zapalenia nerek, dają nam pojęcie o zaburzeniu czynności obu nerek razem, a wynik, tą drogą otrzymany, jest sumą zaburzeń czynności obu, z której nie możemy sobie urobić pojęcia o tem, o ile i w jakim stopniu każda nerka z osobna przyczynia się do uzyskania otrzymanego wyniku. A przecież w dalszej części postaramy się wykazać, że ocena zaburzenia każdej nerki z osobna jest rzeczą ważną nietylko ze stanowiska teoretycznego, lecz i praktycznego, zwłaszcza w okresie wygajania się ostrego zapalenia nerek. Wychodząc z tego apriorystycznego stanowiska ważności tego pytania, skorzystaliśmy ze znacznej liczby przypadków ostrego zapalenia nerek, które przebywały na oddziale jednego z nas (Franke), ażeby rozświetlić tę sprawę, mimo znacznych trudności, które musiało nastręczać badanie w tym kierunku.

Do badania wybraliśmy jedyną drogę, która nam zostawała, to jest cewnikowanie moczowodów; we wszystkich przypadkach przeprowadzał cewnikowanie jeden z nas (Mehrer). Tą drogą mogliśmy przez jakiś czas zbierać mocz z każdej nerki osobno, ażeby następnie przeprowadzić obustronne porównawcze badanie jego, przedewszystkiem zwykłymi sposobami; w tym czasie również określaliśmy zachowanie się każdej nerki z osobna przy zastosowaniu znanych sposobów badania sprawności nerek, jak n. p. po podaniu jodku potasowego lub po podskórnem wstrzyknięciu ogólnie w tym celu używanych barwików.

Z początkiem naszego badania natrafiliśmy na trudności techniczne, zrozumiałe łatwo tym, którzy zajmują się cystoskopią i uretroskopią. Z technicznych powodów mogliśmy przeprowadzić badanie zupełne tylko w dziesięciu przypadkach ostrego zapalenia nerek, a z nich w dalszym ciągu przytoczymy dokładnie wyniki, uzyskane u sześciu chorych. Sądzimy, że nie liczba przypadków, lecz zgodność i znaczenie uzyskanych wyników uprawnia nas do ogłoszenia ich już obecnie, także w tej myśli, że może i innym trafi się sposobność skontrolować i potwierdzić nasze wyniki.

Trudności przy cewnikowaniu tworzyło przedewszystkiem ułożenie chorego, wobec tego, że często mieliśmy do czynienia z chorymi, dotkniętymi obrzękami ogólnymi i dusznością, nieraz znacznego stopnia, tak, że w okresie ostrego zapalenia nerek trudno było ułożyć chorego w pozycyi, koniecznej do cystoskopii i uretroskopii; wobec znacznych dolegliwości wówczas, które ułożenie chorego sprowadzało, musieliśmy badanie przeprowadzać jak najprędzej, a z drugiej strony koniecznem było najmniej półgodzinne cewnikowanie samych nerek, ażeby uzyskać wymagany wynik badania. Z tych powodów we wnioskach nie możemy uwzględnić już pewnej liczby przez nas badanych przypadków. U innych chorych znowu wprowadzenie cystoskopu było niemożliwe z powodu obrzęku cewki moczowej i skłonności jej do krwawienia, a wreszcie nieraz cewnikowanie moczowodów było niewykonalne wobec obrzęku i zwężenia ujścia moczowodów do pęcherza moczowego. Dodać należy jeszcze, że przy badaniu przeszkadzała nam często skłonność moczowodów do powstawania krwawienia; po wprowadzeniu cewników występowała łatwo domieszka krwi tak, że nie mogliśmy porównywać ze sobą moczu, uzyskanego z każdej nerki osobno, i to pod względem zachowania się białka, jak i osadu. Trudności, przeszkadzające badaniu, przytaczamy z tego względu, ażeby następcy byli na nie przygotowani, rozpoczynając badanie w tym kierunku.

W paru słowach dotkniemy jeszcze sposobu badania. Wobec krótkiego czasu, który nam musiał wystarczyć do zbierania moczu z każdej nerki z osobna, postępowaliśmy według sposobu, używanego zwykle przy miejscowych schorzeniach nerek (gruźlica, nowotwór nerki i t. d.) dla oceny ich sprawności. Przy badaniu czynnościowem w naszych warunkach nadawała się najlepiej metoda barwikowa i jodowa i niemi posługiwaliśmy się w naszych przypadkach. Sposób postępowania był następujący: Godzinę przed cystoskopią dostawał każdy chory wewnętrznie 0,5 gr jodku sodowego, a bezpośrednio przed nią dwie szklanki zwyczajnej wody; po wprowadzeniu cewników do moczowodów przez 10 minut zbieraliśmy mocz z każdej nerki osobno; po tym czasie chory otrzymywał śródmięśniowe wstrzyknięcie indygokarminu według Völker-Josepha, a mocz wydzielany następnie zbierano do innych probówek osobno, i to przez 30 minut lub nawet i dłużej, jeżeli na to pozwalało zachowanie się chorego. Z każdej nerki z osobna zbierany mocz badaliśmy później szczegółowo co do ilości, zabarwienia, przejrzystości, oddziaływania, zawartości białka i jodu, wreszcie co do zabarwienia, pochodzącego od wstrzykniętego indygokarminu. Wobec tego, że w badaniach naszych obecnych chodziło nam o porównawcze, w oczy wpadające zachowanie się obu stron, ograniczyliśmy się tylko do porównawczego oznaczania składników, a nie staraliśmy się uzyskać liczb bezwzględnych składników moczu. Badanie nasze ma ten błąd, że na podstawie jego nie możemy sądzić, który ze składników wydzielniczych nerek jest bardziej schorzeniem dotknięty, czy kłębki, czy cewki nerkowe, i to zwłaszcza wobec tego, że czas badania był za krótki; przyczyna braków leży również

w zasadzie badania drogą cewnikowania moczowodów. Wspomnę jednak, jako o rzeczy wiadomej, że wydzielanie barwików drogą moczu doznaje opóźnienia przedewszystkiem przy schorzeniu kłębków nerkowych, a jest prawie zupełnie prawidłowe przy schorzeniu cewek, jak i twierdzenie Schlayera, że próba jodowa jest miarą czynności nabłonków cewek nerkowych. Mimo to jednak w dalszej części pracy będziemy mówić przeważnie o zaburzeniu czynności nerek w całości, nie wdając się w bliższe określenie jego siedziby w narządzie wydzielniczym nerek.

W paru słowach musimy jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy sam zabieg cewnikowania moczowodów nie jest niebezpieczny dla chorych, dotkniętych ostrem zapaleniem nerek, zwłaszcza wobec ich znacznej skłonności do zakażenia drobnoustrojami. »Aegroti nihil nocere« musi być zawsze naszą zasadą w postępowaniu klinicznem. Zaznaczę, że po cewnikowaniu spostrzegaliśmy czasem nieznaczne podwyższenie ciepłoty ciała, lecz stan podgorączkowy ustępował najpóźniej po dwu dniach bez żadnych śladów; bezpośrednio po badaniu skarżyli się chorzy na bolesne oddawanie moczu, lecz trwało ono najwyżej przez dobę i znikało zupełnie. U jednego chorego, u którego przeprowadziliśmy badanie popołudniu, nocy następnej wystąpił napad, podobny do mocznicy, lecz po dwu dniach chory przyszedł do siebie. Dodam, że w tym przypadku mieliśmy do czynienia z okresem ostrym nasilania się zapalenia nerek, tak, że trudno jest rozstrzygać, czy wspomniany napad wystąpił »post hoc«, czy też »propter hoc«; zapalenie nerek u tego chorego okazywało potem zwykły swój przebieg, a poprawa postępowała tak, jak u innych chorych. W żadnym przypadku, co podnieść należy, nie zauważyliśmy nigdy jakiegoś zaostrzenia sprawy zapalnej nerkowej, którebyśmy mogli odnieść do cewnikowania moczowodów. Na podstawie naszego doświadczenia musimy sam sposób badania przy ostrem zapaleniu nerek uważać za nieprzynoszący żadnego niebezpieczeństwa dla chorego.

Wyniki nasze u poszczególnych chorych były następujące:

I. Chory R. Maksym, lat 35, nigdy przedtem nie chorował na nerki; obecnie chory od tygodnia. Stan obecny: Stan podgorączkowy, ogólny obrzęk, płuca i serce bez zaburzeń, tętno 60 uderzeń na minutę. Mocz: ilość w początku wynosiła na dobę najwyżej 500 cm; białko = 4%₀—2%₀; w osadzie liczne ciałka czerwone, nieliczne ciałka białe krwi, dość liczne wałeczki szkliste i ziarniste, nabłonki nerkowe. Rozpoznanie: Glomerulonephritis acuta.

Cystoskopia, wykonana w drugim dniu pobytu w szpitalu, w okresie ostrym początkowym: Pojemność pęcherza, jak i błona śluzowa pęcherza prawidłowa; wprowadzenie cewników do moczowodów bez trudności; po wprowadzeniu cewników wydziela się mocz po obu stronach w równych odstępach czasu, w równej ilości; po wstrzyknięciu indygokarminu: w 12 minut rozpoczyna się wydzielanie barwika, obustronnie równocześnie, obustronnie równe, bardzo słabe niebieskie zabarwienie moczu, ledwie zaznaczone; po 20 minutach zabarwienie jak poprzednio; po 30 minutach zabarwienie moczu zawsze bardzo słabo niebieskie, ledwie zaznaczone, obustronnie jednak równe.

Mocz	nerka prawa	nerka lewa
ilość:	obustronnie równa	
barwa:	mięsista	mięsista
przejrzystość:	mętny	mętny
oddziaływanie:	kwaśne	kwaśne
białko:	++.... 2‰	++.... 2·5‰
jod:	słabo dodatni —+	słabo dodatni —+
osad:	liczne ciałka czerwone, nieliczne ciałka białe krwi, nieliczne wałeczki szkliste i ziarniste, nabłonki nerkowe	liczne ciałka czerwone, nieliczne ciałka białe krwi, nieliczne wałeczki szkliste, nabłonki nerkowe
zabarwienie indygowe:	obustronnie zjawia się równocześnie, lecz spóźnione; obustronnie ledwie zaznaczone bardzo słabo niebieskie zabarwienie	

II. Kr. Gustaw, lat 25, nie był przedtem nigdy chory na nerki, obecnie chory od tygodnia. Stan obecny: Od czasu do czasu stan podgorączkowy, ogólne obrzęki: bronchitis; w sercu: lekkie rozszerzenie tętnicy głównej i lewego przedsionka; t = 60 uderzeń na min. Mocz: ilość w początku = 300 cm³ na dobę; białko = 2%₀—4%₀; w osadzie liczne ciałka czerwone krwi, nieliczne ciałka białe krwi, pojedynczo wałeczki szkliste i ziarniste. Rozpoznanie: Glomerulonephritis acuta.

Cystoskopia, wykonana w drugim tygodniu pobytu chorego w szpitalu, w okresie ostrym zapalenia nerek: Pojemność pęcherza i błona śluzowa jego prawidłowa; wprowadzenie cewników do moczowodów połączone ze znacznemi trudnościami; po wprowadzeniu cewników: z obu nerek wydziela się w równych odstępach czasu równa ilość moczu; po wstrzyknięciu indygokarminu w 10 minut rozpoczyna się zabarwienie moczu słabo zielonawe, obustronnie równocześnie; po 15 min. ciągle słabo zielone zabarwienie; po 27 min. jest zabarwienie stale słabo zielone, obustronnie jednakowe.

Mocz	nerka prawa	nerka lewa
ilość:	obustronnie równa	
barwa:	mięsista	mięsista
przejrzystość:	mętny	mętny
oddziaływanie:	kwaśne	kwaśne
białko:	++.... 2‰	++.... 4‰
jod:	dodatni —++	słabo dodatni —+
osad:	dość liczne ciałka czerwone, nieliczne ciałka białe krwi, średnio liczne wałeczki szkliste i ziarniste.	liczne ciałka czerwone, nieliczne ciałka białe krwi, nieliczne wałeczki szkliste.
zabarwienie indygowe:	obustronnie zjawia się równocześnie, może spóźnione; obustronnie słabo zielonawe zabarwienie	

III. D. Stanisław, lat 48, dotychczas nigdy nie był chory na nerki, obecnie chory od tygodnia. Stan obecny: Ciepłota zachowuje się, jak przy gorączce piątaczce (febris quintana); silny obrzęk ogólny, rozedma płuc, nieżyt oskrzelowy; w sercu: mierny przerost komory lewej i rozszerzenie aorty. Mocz: w początkach pobytu zawiera białka 8·5%₀, w osadzie liczne ciałka czerwone krwi, wałeczki szkliste i ziarniste nabłonki nerkowe; następnie ilość białka zmniejsza się do 0·5%₀, a w osadzie znajdujemy tylko pojedyncze ciałka czerwone krwi i wałeczki szkliste i ziarniste. Rozpoznanie: Glomerulonephritis acuta in individuo cum arteriosclerosi.

Cystoskopia, wykonana w 6. tygodniu pobytu chorego w szpitalu, w okresie wygajania się sprawy nerkowej: Pojemność pęcherza, błona śluzowa pęcherza i ujścia moczowodów prawidłowe; po wprowadzeniu cewników: w tym samym czasie wydziela się trzy razy większa ilość moczu z nerki prawej, niż z lewej; po wstrzyknięciu indygokarminu: w 5 min. występuje w moczu z nerki prawej wybitne zabarwienie niebieskie; mocz z lewej nerki nie jest zabarwiony; po 10 min. w moczu z lewej nerki występuje lekkie zabarwienie niebieskie; po 17 min. moczu zabarwienie jest obustronnie równe, niebieskie; po 30 min. zabarwienie stale równe, niebieskie, ilość moczu obustronnie równa.

Mocz	nerka prawa	nerka lewa
ilość:	po prawej 3 razy większa, niż po lewej	
barwa:	bladożółta	bladożółta
przejrzystość:	nieco mętny	mętny
oddziaływanie:	kwaśne	kwaśne
białko:	+.... 0·5‰	++.... 1‰
jod:	dodatni —++	słabo dodatni —+
osad:	pojedyncze ciałka czerwone i białe krwi, pojedyncze wałeczki szkliste i nabłonki nerkowe	średnio liczne ciałka czerwone, nieliczne ciałka białe krwi, wałeczki szkliste i ziarniste
zabarwienie indygowe:	nie spóźnione po stronie prawej niebieskie zabarwienie	nieco spóźnione występuje prędzej, ledwo zaznaczone słabo niebieskie zabarwienie

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu we Lwowie.
(Dyrektor Prof. Dr A. Gluziński).

Doświadczalne badania nad wpływem sztucznej odmy piersiowej na płuco zwierzęcia zdrowego i zakażonego gruźlicą, wraz z uwagami o leczeniu początkowych postaci gruźlicy u człowieka

podał

Dr Zdzisław Tomaszewski,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Przechodząc obecnie do ogólnego zestawienia i omówienia wyników moich doświadczeń, zwracam uwagę na to, że doświadczenia te ze względu, iż zwierzęta po wytworzeniu sztucznej odmy piersiowej żyły przez różnie długi okres czasu, nadają się szczególnie dobrze do śledzenia postępu zmian, jakie powstają pod wpływem ucisku, wywartego na płuco. Mamy bowiem pomiędzy temi doświadczeniami zwierzęta, które żyły tylko jeden dzień (królik Nr 1) i takie wreszcie, które żyły przeszło 4 miesiące.

Doświadczenia, wykonane na zwierzętach zdrowych, wykazały, że u wszystkich zwierząt płuco nieuciśnięte okazuje objawy bardzo wybitnego przekrwienia, w przeciwieństwie do płuca uciśniętego, które jest ukrwione daleko słabiej. Powietrzność płuca nieuciśniętego we wszystkich doświadczeniach z wyjątkiem psa Nr 2, jest dobra, brzegi przeważnie porozdymane, jako objaw rozedmy zastępczej. U niektórych zwierząt rozdęcie w przybrzeżnych częściach płuca jest tak znaczne, że ściany pęcherzyków uległy rozdarciu. U żadnego jednak z naszych zwierząt, nawet u tych, które żyły czas stosunkowo długi, nie można było stwierdzić w płucu nieuciśniętem objawów rozedmy prawdziwej z zanikiem ścian międzypęcherzykowych. Rozdęcie zastępcze dotyczyło tak górnego, jak i dolnego, przeważnie jednak dolnego płatu płuca i było najwybitniejsze u tych zwierząt, u których parcie w opłucnej doprowadzono do znacznej wysokości, lub które zginęły wśród lub bezpośrednio po zabiegu przy objawach znacznej duszności. Innych zmian w samym miąższu, ani też na opłucnej płuca lewego nigdzie nie stwierdziliśmy.

Płuco uciskane wykazuje pewne różnice w zachowaniu się u psów i królików. Przedewszystkiem powietrzność tego płuca jest u psów daleko na ogół większa, aniżeli u królików, co zgadzałoby się ze spostrzeżeniami Brunsa i Kaufmanna; uciśnięcie płuca u królika udawało się prawie zupełnie dokładnie, chociaż i u tego zwierzęcia niema pod tym względem zupełnej jednostajności. I tak, zgnieceniu zupełnemu ulegają przedewszystkiem podopłucne części miąższu, natomiast pęcherzyki głębsze, nawet u zwierzęcia, u którego płuco gołem okiem przedstawiało się jak płatek śledziony, zawierają jeszcze pewną ilość powietrza. U królika, u którego wytwarzano odmę 23 razy w przeciągu 132 dni, przy badaniu drobnowidowem okazało się, że powietrzność miąższu jest jeszcze wcale znaczna. To spostrzeżenie jest o tyle ważne, że końcowe wdmuchiwania gazu wykonywano u tego zwierzęcia w odstępach czasu stosunkowo dosyć dużych, i dowodzi, że płuco w tym okresie nie utraciło jeszcze zdolności rozszerzania się mimo istniejących już wyraźnych zmian w samym miąższu, o których poniżej jeszcze wspomnę. Niejednostajność ucisku wyrażona jest jednakowoż daleko wybitniej przy porównywaniu ze sobą poszczególnych płatów, chociaż i pod tym względem wyniki nie u wszystkich zwierząt są jednakowe. W przeważnej części przypadków stwierdzamy rzeczywiście, podobnie jak Kaufmann, Frank i Jagič, że ucisk w górnych częściach płuca jest daleko dokładniejszy, aniżeli w dole, w przypadku zaś (pies 1), gdzie ucisk jest wogóle mały, dolny płat zachowuje zupełną powietrzność; są jednak wśród tego i przypadki takie, w których ucisk jest we wszystkich płatach, tak górnym, jak dolnym, zupełnie jednostajny (królik 3), jak również zwraca uwagę zachowanie się płuca u psa Nr 2, u którego płat dolny jest daleko lepiej uciśnięty, aniżeli płat górny. Że uciśnięcie płatu dolnego jest w przeważnej części przypadków (czego jednakże uogólniać nie należy), mniej wybitne, aniżeli płatu górnego, możnaby tłumaczyć rzeczywiście (na co Jagič zwraca uwagę) tem, że płat dolny wogóle w prawidłowych warunkach oddycha silniej, aniżeli płat górny. Mechanizm tego niejednostajnego ucisku w przypadku odmy przedstawić można w następujący sposób: Płat górny wklinowany jest w wązką w górze i wskutek ścisłego połączenia żeber z mostkiem zapomocą krótkich chrząstek mało podatną część klatki piersiowej; dlatego, skoro ucisk, wywarty przez gaz, zmusza zwierzę do maksymalnego rozszerzania klatki piersiowej, części górne klatki, mniej rozszerzalne, dojdą wkrótce do maximum rozdęcia i więcej rozszerzyć się nie mogą, natomiast dolna, podatniejsza część klatki, wyrównuje jeszcze zwiększone parcie w jamie opłucnej za pomocą wydatnych ruchów wdechowych, aby o ile możności utrzymać wymianę gazów. Górny więc płat, wklinowany w unieruchomioną już górną częśc klatki, nie oddycha i zostaje w tym samym czasie daleko silniej zgnieciony, aniżeli płat dolny.

Zmiany w opłucnej i w samym miąższu płuca uciśniętego są bardzo charakterystyczne, aczkolwiek nie we wszystkich zbadanych przypadkach wybitne; zmiany te polegają na drobnokomórkowym nacieku zapalnym, sadowiącym się dookoła naczyń, jakoteż dookoła oskrzeli; nacieki te mają miejscami, zwłaszcza naokoło oskrzeli, charakter więcej ogniskowy. Zaczynają one występować już w okresie bardzo wczesnym; w jednym z naszych przypadków widoczne są nacieki, i to nawet dosyć znaczne, u zwierzęcia, które żyło tylko 7 dni. W przypadku tym usadowiły się nacieki te wybitniej naokoło naczyń, natomiast naokoło oskrzeli miały charakter więcej ogniskowy (królik Nr 2). W okresach późniejszych nacieki przybierają charakter tkanki ziarninowej (królik Nr 9, królik Nr 7).

Z drugiej jednakże strony zwraca uwagę fakt, że u dwóch naszych psów, z których jeden żył 23, drugi 28 dni, nacieki są bardzo nieliczne. Różnicy co do ilości nacieków drobnokomórkowych pomiędzy płatem górnym a dolnym z wyjątkiem jednego z przypadków nie zauważyłem. Podobnie nie znalazłem u moich zwierząt pomimo, że najdłużej żyjący królik zginął po 132 dniach, nigdzie rozwoju tkanki łącznej włóknistej z wyjątkiem jednego psa Nr 3, który zginął po 60 dniach, a i u tego zwierzęcia tkanka łączna, znajdująca się obficie w płucu, bujała tylko z opłucnej, w postaci pasm, wchodzących w głąb miąższu i znajdujących się głównie dookoła naczyń krwionośnych. Ilość nacieków drobnokomórkowych nigdzie nie stała w żadnym stosunku do powietrzności miąższu; i tak n. p. u królika Nr 7, u którego powietrzność miąższu była zachowana wcale dobrze, nacieki drobnokomórkowe, miejscami o charakterze tkanki ziarninowej, były bardzo rozległe.

W żadnym ze zbadanych przypadków nie znalazłem ognisk zapalenia nieżytowego w pęcherzykach, o jakiem wspomina Kaufmann, tylko tu i ówdzie widziałem w powietrznych pęcherzykach łuszczenie się nabłonków. Prawie we wszystkich zbadanych przypadkach widać w płucu uciśniętem silne rozszerzenie naczyń chłonnych, czego nie widzimy w płucu nieuciśniętem.

Daleko wybitniejsze zmiany stwierdziliśmy na opłucnej; zmiany te według moich doświadczeń nie występują u królika tak wcześnie, jak nacieki zapalne w miąższu. U psa widzimy już w 23 dni zgrubienie opłucnej w postaci tkanki ziarninowej, ulegającej nawet częściowo organizacyi; u zwierzęcia, które żyło 2 miesiące, widzimy już opłucną zgrubiałą łącznotkankowo, miejscami zaczynają się w niej

nawet zmiany szkliste. Tkanka łączna wchodzi tu pasmami w głąb miąższu płucnego.

Że u królików zmiany na opłucnej nie występują, jak się zdaje, tak wcześnie, dowodziłoby spostrzeżenie u królika Nr 7, u którego zgrubienie opłucnej (po 132 dniach) składa się z obficie unaczynionej tkanki ziarninowej, wysyłającej wypustki w głąb miąższu płucnego. Nigdzie zaś u zwierzęcia tego nie zauważyłem jeszcze przemiany tkanki ziarninowej w tkankę łączną włóknistą.

Zmiany więc, jakie przy badaniu płuc w moich doświadczeniach stwierdziłem, mają charakter zapalny; wobec tego, że w płucu uciśniętem brak zastoju krwi, że przeciwnie płuco to jest ukrwione bardzo słabo, trudno zmiany, jakie się spotyka i które w następstwie muszą wieść do wytworzenia się tkanki łącznej włóknistej, odnosić do zastoju krwi, tem bardziej, że bujanie tkanki łącznej przy zastoju jest zawsze rozlane, w płucach zaś, przezemnie zbadanych, zmiany w postaci nacieków drobnokomórkowych mają charakter więcej ogniskowy. Powstanie tych nacieków tłómaczy Dunin zastojem treści w oskrzelach z następowem zakażeniem drobnoustrojami. Bruns odnosi je częściowo tak do zastoju treści w oskrzelach, jako też przypuszcza częściowe pochodzenie ich opłucne. Wobec tego, że zmiany na opłucnej spotyka się stale w każdym przypadku, że są one nawet czasem, n. p. u psów, wybitniejsze, aniżeli zmiany samego miąższu, należałoby, zdaje się, tu głównie szukać przyczyny i zmiany w miąższu uważać za zmiany, powstałe drogą naczyń limfatycznych w następstwie zmian, które z reguły występują w opłucnej, ciągle drażnionej przez wpuszczany gaz.

Pozostaje mi wreszcie omówić zmiany w płucach zwierząt, zakażanych śródżylnie gruźlicą. Wybrałem dlatego tylko ten sposób zakażania, gdyż przypuszczałem, iż prątki wprowadzone w obieg krwi powinny do obu płuc dostać się w ilości takiej samej i porównanie zmian, jakie w obu płucach wystąpią, będzie dlatego tem lepsze. Zwraca na to słusznie uwagę Rubel.

Zestawienie wyników, jakie otrzymałem u zwierząt zakażonych, wykazuje, że wykonanie odmy opłucnej nie wywiera przy tym sposobie zakażenia żadnego wpływu na powstanie, rozwój i wielkość zmian gruźliczych świeżych w płucach. Porównując gołem okiem oba płuca, uderza tylko, że płuco uciśnięte ma znacznie mniejszą pojemność, jest bledsze (koloru bladoróżowego), aniżeli płuco nieuciskane; zmiany w opłucnej, polegające na silnem jej zgrubieniu, występują tylko po stronie uciskanej, w stopniu znacznie wybitniejszym, aniżeli u zwierząt niezakażanych, i w okresie stosunkowo wczesnym.

Przy porównaniu płuc na przekroju, ilość gruzełków w okresie wczesnym, a ognisk serowatych w okresie późniejszym, jako też rozprzestrzenienie się tych zmian tak u zwierząt, u których wytwarzano odmę przed zakażeniem, jako też później, w płatach górnych i dolnych obu stron nie wykazuje żadnych różnic. We wszystkich przypadkach powstaje w okresach późniejszych obustronnie rozlane ciężkie zapalenie serowate. Tylko u królika Nr 6, który żył po zakażeniu $2^1/_2$ miesiąca i u którego w tym czasie wykonałem 14 razy odmę, można było zauważyć pewne nieznaczne różnice między płucem prawem a lewem. Ilość tkanki łącznej, na ogół nieznaczna, była w płucu prawem na oko może nieco większa, aniżeli w lewem; prócz tego w płucu lewem, nieuciskanem, stwierdziłem świeże, gęstą serowatą treścią wypełnione jamki, których nie zauważyłem wcale w płucu uciśniętem. U żadnego innego z zakażonych królików, z wyjątkiem królika Nr 6, nie znalazłem zresztą bujania tkanki łącznej włóknistej i otorbiania ognisk serowatych, a tylko wspomniane już zmiany opłucnej występowały u każdego zwierzęcia. Doświadczenia te więc. podobnie, jak doświadczenia Schura i Plaschkesa, dały wynik prawie zupełnie ujemny. Być może, że ten sposób zakażania nie nadaje się do badania wpływu odmy na zmiany świeże, być też może, że dawki prątków były za duże i wywoływały zmiany odrazu zbyt gwałtowne, takie, jakie nigdy nie zdarzają się w początkowych postaciach gruźlicy u ludzi. W tem miejscu wspomnę nawiasowo, że Forlanini (16) w przypadku gruźlicy prosówkowej miał stwierdzić zajęcie całego płuca nieuciśniętego, natomiast w płucu drugiem w miejscach uciśniętych nie rozwinęły się wcale nacieki gruźlicze; przytacza on także spostrzeżenie Spätha i Schmorla, którzy podobną rzecz mieli widzieć w płucu, uciśniętem przez wysięk.

Z pewnem więc tylko zastrzeżeniem możnaby na podstawie tych dowiadczeń powiedzieć, że uciśnięcie płuca nie zmienia wcale warunków korzystnych dla rozwoju prątków gruźlicy w płucach zwierzęcia, że jednak uciśnięcie płuca przez stworzenie przypuszczalnie korzystniejszych warunków dla rozwoju tkanki łącznej (miejscowe podrażniające działanie toksyn wskutek zastoju limfy) i wybitne zmiany łącznotkankowe w opłucnej, mogłoby wpłynąć powstrzymująco na dalsze szerzenie się sprawy gruźliczej.

Kończąc omawianie wyników moich doświadczeń u królików zakażonych, zwracam jeszcze uwagę na charakter wysięku opłucnego, jaki znalazłem u królika Nr 6. Wysięk ten składem swoim morfologicznym odpowiadałby w zupełności czwartemu typowi, odróżnianemu przez Mayera (17), czyli byłby to wysięk, przedstawiający pewien typ, właściwy wyłącznie dla sztucznej odmy opłucnej, który według wspomnianego autora ma być przy sztucznej odmie u gruźliczych najczęstszym. Przy badaniu płuca danego zwierzęcia uderzała także w opłucnej duża ilość komórek eozynochłonnych, znajdujących się wśród świeżej tkanki łącznej.

Wyniki moich doświadczeń streścić się dadzą w następujących wnioskach:

1) Ucisk płuca lepiej udaje się u królika, aniżeli u psa.

2) Ucisk jest z reguły niejednostajny, przyczem w przeważnej części przypadków najznaczniej uciśnięty bywa płat górny.

3) Pod wpływem ucisku powstają w zdrowem płucu zmiany o charakterze zapalnym, polegające na drobnokomórkowym nacieku naokoło naczyń i oskrzeli, występującym już w okresach dosyć wczesnych; w okresach późniejszych nacieki te przybierają charakter tkanki ziarninowej. Daleko wybitniejsze zmiany występują na opłucnej w postaci zgrubienia, składającego się z tkanki ziarninowej, w okresie późniejszym zaś tkanki łącznej włóknistej, wchodzącej w głąb miąższu. Zmiany na opłucnej (daleko wybitniejsze u psa, aniżeli u królika) dotyczą w równej mierze wszystkich płatów.

Ukrwienie płuca uciśniętego jest słabe, naczynia chłonne ulegają rozszerzeniu. Zmiany w miąższu są najprawdopodobniej w przeważnej części pochodzenia opłucnego.

4) W płucu nieuciśniętem, z wyjątkiem przekrwienia i rozedmy zastępczej brzegów, nie stwierdzamy żadnych zmian.

5) Z doświadczeń, wykonanych na zwierzętach zakażonych gruźlicą, można tylko z pewnem zastrzeżeniem wyciągnąć wniosek, że odma nie zmienia wcale warunków korzystnych dla rozwoju prątków, wprowadzonych zwierzęciu śródżylnie; przenosić tego wyniku wprost na człowieka nie można z tego powodu, że z zakażeniem tego rodzaju spotykamy się u człowieka chyba tylko bardzo rzadko.

Pozostaje mi wreszcie omówić pytanie, czy z doświadczeń powyższych dadzą się wysnuć jakiekolwiek praktyczne wnioski dla leczenia sztuczną odmą opłucną gruźlicy u człowieka. Jak już we wstępie zaznaczyłem, chodziłoby przedewszystkiem o leczenie postaci początkowych. Zbierając spostrzeżenia moje, jakoteż spostrzeżenia, które znajdujemy w piśmiennictwie, dochodzę do przekonania, że badania te mogą nam dać niewątpliwie pewne wskazówki praktyczne, o ileby można bez żadnych zastrzeżeń przenieść je na człowieka.

Mówiąc o zastrzeżeniach, mam na myśli różnice w budowie anatomicznej płuca, przedewszystkiem zaś śródpiersia, jakie stwierdzamy i między różnymi gatunkami zwierząt. Mówiliśmy już wyżej, że wywołanie zupełnej niedodmy płuca u królika udaje się znacznie łatwiej, aniżeli u psa, u którego, jak Bruns podaje, doprowadzenie ciśnienia wdechowego w jamie opłucnej do wartości dodatniej nie da się wykonać.

Ponieważ doświadczenia, wykonane przezemnie, jakoteż doświadczenia Kaufmanna, Francka i Jagiča, wykazują, że ucisk najwięcej dotyka płatu górnego, a postacie początkowe gruźlicy u człowieka właśnie sadowią się przeważnie w płacie górnym, dlatego stosowanie odmy w tych przypadkach powinno rzeczywiście dawać jak najlepsze wyniki ze względu na możliwość energicznego zadziałania na płat schorzały. Tu jednak znowu nasuwałyby się pewne zastrzeżenia, które niewątpliwie muszą być brane w rachubę. Pomijam zupełnie ujemny wynik badań moich i Schura z Plaschkesem nad wpływem odmy na rozwój gruźlicy świeżej doświadczalnej, bo ujemny wynik z wyżej już wspomnianych względów należałoby oceniać bardzo ostrożnie. Wiemy jednakże, że w dużej liczbie przypadków gruźlicy u człowieka, nawet świeżych, spotykamy zrosty opłucne, przytrzymujące płuco, nierzadko znajdujące się także, lub tylko nad płatem górnym. Wykazanie ich kliniczne, zwłaszcza jeżeli chodzi o płat górny, niezawsze się udaje; musimy się jednak bezwarunkowo liczyć z możliwością ich istnienia i uwzględniać to, że uciśnięcie schorzałego płatu górnego, o który nam właśnie chodzi, wskutek przytrzymania go przez zrosty może się zupełnie nie udać, z drugiej zaś strony musimy uwzględnić i to także, że uciskamy równocześnie i wyłączamy od oddychania zupełnie czynnościowo sprawny płat dolny. Ponieważ badania histologiczne płuc zwierząt zdrowych wykazały, że pod wpływem ucisku powstają zmiany o charakterze zapalnym, które prowadzić w końcu muszą do wytwarzania się włóknistej tkanki łącznej, więc też zmiany te należałoby uważać za zmiany trwałe w tem rozumieniu, że płuco uciśnięte traci raz na zawsze zdolność rozszerzania się; stwierdził to Kaufmann u psa, żyjącego $13^1/_2$ miesiąca histologicznie, Franck i Jagič zaś wprost przez sztuczne rozdymanie płuca, dłuższy czas uciśniętego.

Zaprzeczyć więc nie można, że zmiany tego rodzaju stanowią znaczne czynnościowe uszkodzenie zdrowego miąższu płucnego; dlatego to Kaufmann nie jest zwolennikiem leczenia zapomocą odmy przypadków lekkich, któreby wyleczyły się przy stosowaniu leczenia dyetetycznego i radzi trzymać się dawnych wskazań Brauera. Postulat Kaufmanna nie może być jednak uznany za bezwzględnie słuszny, jeżeli spostrzeżenia tegoż autora, Franka z Jagičem i moje własne, że zmiany, występujące pod wpływem ucisku w płacie dolnym, są o wiele mniejsze w porównaniu ze zmianami płatu górnego, mogłyby być przeniesione na człowieka bez zastrzeżeń; przy uwzględnieniu mechanizmu ucisku płatu górnego jest to teoretycznie możliwe. Dodać zaś należy, że wspomniani autorowie (Kaufmann, Franck i Jagič) osiągnęli trwałe zmiany łącznotkankowe w płacie górnym, a więc takie, któreby może wystarczyły do wyleczenia niewielkich zmian gruźliczych u człowieka, w czasie stosunkowo krótkim, nie uszkadzając przytem zbyt znacznie płatu dolnego. Moje zwierzęta żyły zbyt krótko, u królika jednakże, który żył 132 dni, miąższ płatu dolnego wykazuje wogóle powietrzność wcale dobrą, mimo wyraźnych zmian naciekowych.

W piśmiennictwie znajdujemy godną uwagi wzmiankę Burghardta, który na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Bazylei okazał płuco chorego, leczonego odmą; w dolnym zdrowym płacie wykazał Burkhardt takie same zmiany łącznotkankowe, przeszkadzające rozwinięciu się zgnieciono płatu, jak w płacie górnym, schorzałym.

Na tem jednem spostrzeżeniu Burghardta, dotyczącem płuca ludzkiego, nie możemy się jednakże wyłącznie opierać; należałoby się raczej przychylić do zdania Brunsa, że wobec znakomitych wyników leczniczych, osiągniętych zapomocą sztucznej odmy, czynnościowe uszkodzenie zdrowych części miąższu płucnego bezwarunkowo powinno zejść na plan drugi. Ponieważ dalej prawie nigdy nie wiemy, czy dany przypadek początkowej gruźlicy będzie lekkim, jaki będzie dalszy przebieg i czy samo tylko dyetetyczne i ogólne leczenie wystarczy do powstrzymania postępu choroby, dlatego, zdaniem naszem, ostrożne próby w kierunku leczenia zapomocą odmy postaci początkowych gruźlicy, zwłaszcza w płacie górnym, będą zupełnie usprawiedliwione.

Piśmiennictwo. 1) O. Bruns: Beitr. z. Klinik der Tuberkulose. Tom XII. Beiträge z. Klinik der Tuberkulose. Tom XXIX, s. 254. Deut. m. Woch. 1913, Nr 3, str. 101. — 2) Forlanini: zobacz spis prac Erg. d. inn. Med. u. Kinderh. T. 9. — 3) Deneke: Deutsche med. Woch. 1911. — 4) Wellman: Münch. m. Woch. 1908. — 5) Warnecke: Beitr. z. Klinik der Tuberkulose. Tom XVI. 1910. — 6) Graetz: Beiträge z. Klinik der Tuberkulose. Tom X. — 7) Arena: Bericht des 22. mediz. Kongr. Rom. Februar 1913. — 8) Burghardt: Tow. lek. w Bazylei 16. II. 1911. refer. D. m. W. 1911, Nr 36. — 9) Dunin: Virchows Arch. Tom 102, str. 322. To samo po polsku. — 10) Kaufmann: Beiträge z. Klinik der Tuberkulose. Tom XXIII. — 11) O. Frank u. Jagič. Wiener kl. Woch. 1914, Nr 25. — 12) Breccia: Gazetta m. ital. 1913, Nr 36, cyt. według referatu w Intern-Zentralblatt für Tuberkuloseforschung. Jg. VIII, zeszyt 3 (Sonderheft). — 13) Schur i Plaschkes: Ztsch. f. exp. Pathol. u. Therapie. Bd. XIII, 1913, s. 478. — 14) Rubel: Beitr. z. Klinik der Tuberkulose. Tom XVIII, str. 145. — 15) Rosenbach: Virch. Arch. Tom 105, 1886. — 16) Forlanini: Rivista d. public. s. pneumothor. artif. Octobre 1909; cyt. według Warneckego (5). — 17) Mayer: Beitr. z. Klinik der Tuberkulose. Tom XXIX, str. 51. — 18) Faginoli: Versuche einer doppelseitigen Pneumothoraxbehandlung. Ztschr. f. Tuberkulose. Tom 22. Zesz. 6.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 13. XII. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 24.

1) Protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

2) Wybrano jednomyślnie członkami Towarzystwa kol. T. Kona i kol. M. Offmańskiego.

3) Kol. Kostanecki przedstawił wnioski komisyi przedwyborczej. Zgodnie z tymi wnioskami wybrano prezesem Towarzystwa kol. Ciechanowskiego, wiceprezesem kol. Langa, sekretarką doroczną kol. Wyżykowską-Michejdową. Sekretarzem stałym pozostał kol. Nitsch, skarbnikiem kol. Akerman, gospodarzem kol. Seńkowski, bibliotekarzem kol. Blassberg. Również skład komisyi kontrolującej i redakcyjnej nie uległ zmianie. Listę dawną delegatów na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich uzupełniono, wybierając na miejsce kol. Cybulskiego — kol. Berezowskiego, a na zastępców delegatów zamiast kol. Berezowskiego — kol. Langa, zamiast ś. p. kol. Krzyszkowskiego i Reissa — kol. Służewskiego i kol. Majewskiego.

4) Kol. Wachholz przedstawił szereg preparatów **z kazuistyki sądowo-lekarskiej.** Rozpoczął na tle teoryi, wyjaśniających przyczynę t. z. późnego zejścia śmiertelnego z oparzenia, od pokazu **nadnerczy z przypadków śmierci z oparzenia i uduszenia.** Dalej przedstawił przypadek **zakrzepu zatok mózgowych i krwawienia do komór** jako następstwa ropnego zapalenia ucha środkowego, przypadek **ropnia mózgu**, dającego zejście śmiertelne w 8 miesięcy po zranieniu skóry po upadku, przypadek **ropnego zapalenia opon** (meningitis suppurativa basilaris et convexitatis) **skutkiem zęba spróchniałego** i zapalenia zatoki Highmora, a wreszcie preparaty z przypadku **otrucia kwasem karbolowym i sublimatem,** zachowane sucho z utrzymaniem naturalnego zabarwienia preparatu.

W dyskusyi a) kol. Radliński opisał spostrzegany przez siebie przypadek ropnia mózgu bez objawów, b) kol. Ciecha-

nowski zwracał uwagę, iż wybroczyny w nadnerczach bywały często spostrzegane u noworodków, wreszcie c) kol. Wachholz wspomniał o przypadku ropnia mózgu w przypadku Wilkoxa, trwającym 24 lata, oraz zaznaczył, iż spostrzegał dwukrotnie wybroczyny w nadnerczach w przypadkach uduszenia gwałtownego.

5) Kol. Latkowski przedstawił chorego **ze zrostami serca z otoczeniem** po przebiciu sztyletem osierdzia i opłucnej oraz następową marskością wątroby.

W dyskusyi zabierał głos kol. Blassberg, Radliński i Latkowski w sprawie wskazania do t. zw. cardiolysis.

Posiedzenie sprawozdawcze z d. 10 stycznia 1917.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 18.

1) Przewodniczący odczytuje list rektora Dr Brudzińskiego z podziękowaniem za mianowanie członkiem honorowym Towarzystwa.

2) Sekretarz stały kol. Nitsch odczytuje następujące sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok 1916:

W ciągu r. 1916 odbyło się 22 posiedzeń, a mianowicie w styczniu 2, w lutym 2, w marcu 3, w kwietniu 1, w maju 3, w czerwcu 4, w lipcu 1, w listopadzie 4, w grudniu 2. Wygłoszono na nich 20 wykładów naukowych. Wykładającymi byli koledzy: Blassberg, Frączkiewicz, Gieszczykiewicz, Janiszewski (2 wykłady), Jasieński, Klęsk, Koźniewski, Kramarzyński, Kwaśnicki, Latkowski, Lewkowicz, Meyer, Nitsch, Paul, Radliński, Rzętkowski, Wespański (2 wykłady), Wrzosek. Z tych wykładów były 2 wypowiedziane przez gości, a mianowicie: 15 marca wykład Paula z Wiednia: »O zmianach, jakie zarazek ospy wywołuje na rogówce królika« i 13 listopada wykład Rzętkowskiego z Warszawy: »O azocie formolowym we krwi«. Wykład Paula był wypowiedziany po niemiecku, zresztą wszystkie po polsku. Na posiedzeniach 19 kolegów przedstawiało ciekawe przypadki kliniczne lub okazy anatomopatologiczne.

Na 2 posiedzenia naukowe zaproszono obce korporacye, a mianowicie raz 15 marca na odczyt Paula zaproszono wojskowość i lekarzy wojskowych, a drugi raz 14 czerwca zaproszono Towarzystwo techniczne i Centralę odbudowy kraju na wykład kol. Janiszewskiego.

Na posiedzeniach naukowych bywało najczęściej po trzydziestu kilku członków. Najmniejsza ilość członków, czternastu, była na posiedzeniu 28 czerwca, a największa, sześćdziesięciu, na wykładzie Paula 15 marca.

Z pomiędzy 22 posiedzeń Towarzystwa było naukowych tylko 19. Pozostałe 3 poświęcono specyalnym wydarzeniom, a mianowicie 31 maja odbyło się żałobne posiedzenie z powodu śmierci prof. Pieniążka, 9 listopada uroczyste posiedzenie z powodu proklamacyi Państwa Polskiego, a 22 listopada żałobne posiedzenie z powodu śmierci Cesarza Franciszka Józefa I. Posiedzenie następne po uroczystem z 9 listopada odbyło się dnia 13 tegoż miesiąca i na niem koledzy Wrzosek, Kwaśnicki i Janiszewski mówili o udziale lekarzy w życiu społecznem w XIX wieku, o współudziale lekarzy w powstaniu w 1863 r. i o zadaniach lekarzy w przyszłości w Polsce.

Na uroczystem posiedzeniu z dnia 9 listopada kol. Michałowicz przemawiał o ofiarnej społecznej pracy lekarzy Królestwa polskiego w ostatnich dziesięcioleciach.

W ciągu r. 1916 przyjęto 5 nowych członków, a mianowicie kol.: Celarka, Czubalskiego, Kona, Offmańskiego i Sagana. Zmarło członków 6, a mianowicie kol.: Borzęcki, Domański, Eichhorn, Krzyszkowski, Pieniążek, Regiec, Reiss.

Wszystkich członków liczy Towarzystwo 205. Nie wykreślono nikogo. Członków honorowych krakowskich pozostało 3. W ciągu roku sprawozdawczego mianowano jednego członka honorowego zamiejscowego t. j. Rektora Brudzińskiego z Warszawy.

Wydział Towarzystwa odbył 7 posiedzeń, na których oprócz drobniejszych spraw bieżących załatwiono następujące: 1) Sprawę Przeglądu i Tygodnika lekarskiego, niewydawanych przez wiele miesięcy z powodu wojny. 2) Sprawę członków zalegających z wkładkami. 3) Omawiano sprawę funduszu Krajewskiego. 4) Sprawę zapisu bł. pam kol. Adolfa Reifera. Legat ten otrzymano. 5) Sprawę funduszu prof. Cybulskiego w kwocie 1000 kor. 6) Sprawę adresu do kolegów warszawskich na ręce Rektora Brudzińskiego z powodu ogłoszenia niepodległości Polski.

3) Kol. Piotrowski w zastępstwie chorego kol. Akermana przedstawił sprawozdanie kasowe, kol. Seńkowski z administracyi domu, kol. Wojciechowski sprawozdanie »Przeglądu lekarskiego«.

4) Kol. Blassberg przedkłada następujące sprawozdanie biblioteczne:

Do inwentarza i katalogu wciągnięto w r. 1916 645 dzieł, tak że dnia 31 grudnia 1916 r. było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 11.545 dzieł i 636 wydawnictw peryodycznych. W ciągu roku 1916 wypożyczono z biblioteki książek lub pism 55, — zwrócono 26, pozostaje zaległych 29. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 116 książek lub czasopism. Liczba członków korzystających z biblioteki wynosiła w roku 1916 22. Płatny pomocnik bibliotekarza był stale czynny od godz. 12—1 w południe.

Dary: Jak w innych latach, tak i w ubiegłym roku 1916 prof. Dr Ciechanowski otaczał szczególniejszą opieką bibliotekę i złożył jej w darze mnogie czasopisma i dzieła. Oprócz tego otrzymała biblioteka w roku 1916 znaczniejsze dary w dziełach lub rocznikach od: Kol. Dr Serkowskiego z Warszawy, kol. Dr Bogdanika, Sachsa i Weinsberga z Krakowa, oraz od rodziny ś. p. rądcy dworu prof. Dra Wicherkiewicza za pośrednictwem Biblioteki Jagiellońskiej.

5) Kol. Piotrowski imieniem komisyi rewizyjnej wnosi o udzielenie ustępującemu Zarządowi absolutoryum. Wniosek przyjęto jednomyślnie.

6) Kol. Ciechanowski, obejmując przewodnictwo, zaprasza wskutek uchwały Zarządu z dnia 9 I. 1917 do objęcia czynności sekretarza w zastępstwie chorej sekretarki kol. Michejdę, poczem dziękuje za wybór, podnosi zasługi ustępującego prezesa prof. Piltza, wyrażając mu imieniem całego Towarzystwa podziękę (oklaski), wreszcie kreśli program działalności na najbliższy rok.

Kol. Piltz dziękuje za uznanie imieniem ustępującego Zarządu i życzy nowo wybranemu pomyślnej pracy w najbliższym roku.

7) Kol. Piltz przedstawia szereg chorych ze swej kliniki:

a) **Monoparesis femoralis sin. cum dysbasia** z przykurczeniem ekstensyjnem lewego kolana po urazie w to kolano — na tle histerycznem.

b) **Histeryczne drżenie kończyn dolnych z dysbazyą,** powstałe po przysypaniu nóg ziemią po eksplozyi granatu.

c) **Histeryczne porażenie połowicze, drżenie ogólne i zaburzenia mowy.**

d) Szereg **wyleczonych histerycznych** chorych: 1) dysbazyę z drżeniem, 2) paraplegię kończyn dolnych, 3) drżenie kończyn dolnych, powstałe po napadzie padaczkowym sąsiada, który demonstrowanemu choremu upadł w szpitalu w czasie napadu na łóżko, 4) głuchotę, trwającą przeszło rok u matołka.

W dyskusyi a) kol. Blassberg zapytuje o metodę leczenia, którą prelegent będzie stosować u pierwszego chorego. b) Kol. Oszacki zapytuje, czy przy dużym materyale histerycznych chorych kliniki neurologicznej nie widzi się nerwic nietylko narządów ruchu, czucia i zmysłów, ale i trzew, w szczególności układu krążenia. — c) Kol. Piltz w odpowiedzi kol. Blassbergowi zaznacza, że będzie stosować psychoterapię w najrozmaitszych jej postaciach; na zapytanie kol. Oszackiego odpowiada, że takich przypadków widzi w swojej klinice bardzo mało, aczkolwiek istnienie ich uważa za teoretycznie możliwę. Prawdopodobnie jednak chorzy tacy umieszczani bywają na oddziałach wewnętrznych.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Posiedzenie d. 17 stycznia 1917.

Przewodniczy: kol. Ciechanowski. Obecnych: 27, jako goście kol. Ferensiewicz, Jastrzębski, Zasacki i prezydent miasta JE Dr Leo.

1) Przewodniczący wita obecnych gości.

2) Kol. Oszacki przedstawia przypadek **niedomykalności i zwężenia zastawki trójdzielnej** z następującymi objawami: Tętnienie skurczowe i przedskurczowe żył szyjnych i wątroby, szmer nad zastawką trójdzielną, powiększenie wymiarów serca na lewo i prawo i rozszerzenie przedsionka.

3) Przewodnictwo obejmuje wiceprezes kol. Dr Lang i otwiera rozprawy nad **sanitarnem wyodrębnieniem Galicyi.**

Kol. Ciechanowski zagaja rozprawy, zaznaczając, że dopóki nie spełni się złączenie wszystkich dzielnic, liczyć się trzeba z zapowiedzianem przeistoczeniem stosunku politycznego Małopolski do Austryi, jako z faktem realnym i jeszcze przed ukończeniem prac przygotowawczych Koła polskiego w Wiedniu należy postarać się, aby w opracowywanym przez Koło polskie projekcie statutu krajowego zostały całkowicie zabezpieczone interesa sanitarne i społeczno-higieniczne naszej ludności. Licze-

bność, zdrowie i dzielność fizyczna społeczeństwa wysuwa się szczególnie dzisiaj na czoło zadań narodowych, a dobre rozwiązanie tych niezmiernie ważnych spraw zależy w wysokim stopniu od dobrego ustawodawstwa sanitarnego i dobrej administracyi sanitarnej. Na miejsce dzisiejszych przestarzałych i zacofanych ustaw i urządzeń administracyjnych musimy uzyskać ustawy i urządzenia, dostosowane do właściwości kraju i jego mieszkańców; stworzyć je może tylko nasz własny rząd krajowy i nasze ciała ustawodawcze krajowe. Ustawy i administracya sanitarna krajowa powinny odpowiadać nowoczesnym zdobyczom nauk lekarskich, powinno się też stworzyć warunki, dozwalające legislatywie i administracyi sanitarnej i nadal szybko iść za postępem nauki. Wynika stąd szereg postulatów, które mamy obowiązek przedstawić Kołu polskiemu i Ministrowi dla Galicyi, postulatów, które nie są żądaniami lekarzy, jako grupy zawodowej, lecz które podnosimy ze stanowiska obywatelskiego, jako tłómacze sanitarnych interesów ludności, nie mających żadnego przedstawicielstwa w naszych kołach poselskich i ciągle jeszcze niedocenianych. Najgłówniejsze są następujące postulaty: 1) wyodrębnienie Galicyi w zakresie sanitarnym pod względem ustawodawczym i administracyjnym, 2) usamodzielnienie administracyi sanitarnej w stosunku do innych działów administracyi, 3) udział lekarzy, znawców spraw zdrowia publicznego, w ciałach ustawodawczych krajowych. Objaśniając krótko pierwszy i trzeci postulat, dotyka mowca z drugiego postulatu głównych zasad organizacyjnych administracyi sanitarnej tylko w niższych instancyach, co do zasad organizacyjnych naczelnej krajowej władzy sanitarnej oraz zakresu jej kompetencyi pozostawiając wyjaśnienia kol. Janiszewskiemu i wskazując na jego niedawny wykład w Towarzystwie oraz wydaną obecnie pracę: »Polskie ministerstwo zdrowia publicznego«. W końcu zaznacza mowca konieczność ankiety dla opracowania szczegółów ustroju administracyi sanitarnej, wyrażając zdanie, że najodpowiedniejsza byłaby ankieta, urządzona przez Ministerstwo dla Galicyi.

Kol. Janiszewski: Musimy dążyć do stworzenia władzy, którąby mogła mieć wpływ na rasę naszą pod względem zarówno ilościowym, jak i jakościowym. Wpływać na te rzeczy można nie martwą ustawą, ale myślą przewodnią, która powoli przerabia nieodpowiednie zapatrywania ludności, a częściowo niemal stwarza odmienną od dotychczasowej etykę szerokich warstw ludności. Urząd taki musi być samodzielny, niezależny od władz politycznych, jak dotychczas jest, na czele jego stać musi lekarz, a urząd ten musi być wyposażony w prawo inicyatywy i egzekutywy. Następnie mowca omawia bliżej zakres działania i kompetencye takiego urzędu, który wyobraża sobie jako odrębne ministerstwo, współrzędne innym ministerstwom, jak komunikacyi, oświaty i t. d.

W bardzo żywej dyskusyi zabierali głos koledzy: Momidłowski, Ciechanowski, Schöngut, Janiszewski, Damski i JE. Leo, który zwrócił uwagę na to, że sformułowanie postulatów lekarzy w sprawie wyodrębnienia Galicyi jest sprawą pilną, gdyż prace nad statutem dla Galicyi, prowadzone w komisyi Koła polskiego, poszły już daleko i w przyszłym tygodniu będą przedmiotem obrad w plenum komisyi parlamentarnej Koła polskiego. Z tego powodu trzeba, aby przed upływem tego terminu postulaty sfer lekarskich były podane do wiadomości komisyi parlamentarnej.

Ze względu na konieczność pośpiechu uchwalono tymczasem bez porozumiewania się z innemi instytucyami lekarskiemi — na wniosek kol. Ciechanowskiego, wysłać do J. E. Ministra dla Galicyi i do Koła polskiego pismo, przedstawiające konieczność uwzględnienia w obradach nad statutem dla wyodrębnionej Galicyi następujących postulatów:

1) Uzyskanie dla kraju całkowitych kompetencyi legislatywnych w zakresie sanitarnym.

2) Uzyskanie dla kraju całkowitych kompetencyi administracyjnych w zakresie zdrowia publicznego.

3) Utworzenie centralnej krajowej władzy sanitarnej z lekarzem na czele, równorzędnej z innemi centralnemi władzami krajowemi.

4) Zapewnienie w ciałach ustawodawczych kraju udziału przedstawicielom interesów sanitarnych ludności, lekarzom.

5) Zwołanie fachowej ankiety, złożonej z przedstawicieli korporacyi lekarskich, dla opracowania zasad ustroju administracyi sanitarnej w kraju.

Nadto na wniosek kol. Ciechanowskiego uchwalono, by przedstawiciel Towarzystwa przyłączył się do delegacyi, wysyłanej w tej sprawie 23 I. 1917 do Wiednia do Ministra dla Galicyi i do Koła polskiego przez obie Izby lekarskie, postanowiono niezwłocznie zawiadomić o powziętych uchwałach Towarzystwo lekarzy galicyjskich i Towarzystwo lekarskie lwowskie, a wreszcie na wniosek kol. Momidłowskiego uchwalono wybór komisyi, która ma się zająć opracowaniem szczegółów, dotyczących tych spraw, a do której wybrani zostali koledzy: Ciechanowski, Damski, Janiszewski, Momidłowski i Schöngut.

Posiedzenie d. 24. stycznia 1917.

Przewodniczy wiceprezes Dr Lang, obecnych członków 45.

1) Kol Oszacki przedstawia przypadek **niedokrwistości hemolitycznej,** powstającej częściej na tle zmniejszenia odporności krwinek, niż jako następstwo zwiększenia ilości ciał hemolizujących, krążących we krwi. Rozpoznanie opiera się na wykazaniu produktów rozpadu barwika krwi, t. j. urobiliny i urobilinogenu, na charakterystycznem zabarwieniu surowicy krwi i żółtaczce przy ciemnem zabarwieniu kału i moczu od urobiliny. U przedstawionego chorego wszystkie te objawy są wybitne. Stolec zawiera 25 razy więcej urobiliny, niż prawidłowy. Zmniejszenie odporności krwinek wykazano metodą rozczynów anizotonicznych. Leczenie polega na wycięciu śledziony, która w przedstawionym przypadku ma ogromne rozmiary.

2) Kol. Rogalski przedstawia **przypadek porażenia po postrzale kręgosłupa** szyjnego.

3) Kol. Oszacki wygłasza wykład: **O funkcyonalnych zmianach krążenia.** Są to zmiany, przy których badaniem klinicznem nie można wykazać żadnych organicznych zmian w układzie krążenia. W wojskowym materyale, na którym O. opiera swoje spostrzeżenia, z temi właśnie zmianami ma się najwięcej do czynienia. Dyagnostyka ich jest bardzo trudna i niedostateczna. Ponieważ klinicznie nic wykazać nie można, jest lekarz skazany na posługiwanie się metodami funkcyonalnemi, które są zupełnie niewystarczające wobec tego, że na czynność układu krążenia składa się wiele części, jak serce z naczyniami krwionośnemi, układ nerwowy, jama brzuszna, przepona, mięśnie kończyn itd. Od układu nerwowego zależy sprawność, która jest koniecznym warunkiem do tego, aby krążenie było dobre. Prelegent omawia następnie poszczególne metody czynnościowego badania układu krążenia, w szczególności badanie zapomocą ergostatu. Przy zmianach w układzie krążenia otrzymuje się zapomocą niego charakterystyczne krzywe ciśnienia i tętna. Przy używaniu metod czynnościowych pamiętać należy o tem, że 1) wynik dodatni ma znaczenie, ujemny zaś niema żadnego znaczenia, 2) że badanie to musi być kilkakrotnie powtórzone, aby mogło mieć wartość i 3) że musi być uwzględniony training mechaniczny i psychiczny, gdyż ludzie wytrenowani znacznie lepiej znoszą zmęczenie, niż nietrenowani.

Najobszerniejsze pole zastosowania mają metody funkcyonalne w nerwicach serca. Dzieli je O. w następujący sposób: 1) Nerwice, występujące przy hypoplastycznem krążeniu i astenicznej budowie ciała. Charakterystyczna dla nich jest chwiejność układu nerwowego. 2) Nerwice urazowe (neurohisteryczne). Charakterystyczna dla nich jest pewna stałość objawów patologicznych, jak bradykardyi lub brachykardyi. 3) Nerwice na tle zmian anatomicznych (myocarditis, arteriosclerosis), przyczem przy niewielkich zmianach anatomicznych układ nerwowy bywa bardzo silnie obciążony. 4) Grupa nerwic na tle toksycznem (choroba Basedowa, zaburzenia płciowe, zatrucia z przewodu pokarmowego itd.).

Wnioski: 1) Metody funkcyonalne muszą odgrywać ważną rolę w ocenianiu funkcyonalnych zmian krążenia. 2) Nerwice, jako rozpoznawczo najtrudniejsze, najlepiej dadzą się określić, jeżeli na nie patrzyć będziemy z punktu widzenia funkcyonalnego.

W bardzo ożywionej dyskusyi zabierali głos koledzy: Herman Hirsch, Piltz, Blassberg, Rogalski, Rosner, Kupczyk i Oszacki.

Zastępca sekretarza: Dr Michejda.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Komitetu książęco-biskupiego w d. 30. IV. 1917 zdał sprawę prof. Dr Emil Godlewski (młodszy) z prac Sekcyi sanitarnej Komitetu. Od początku bieżącego roku pracowały kolumny sanitarne K. B. K. w Królestwie Polskiem, zwalczając tyfus plamisty. Obecnie czynne są w Królestwie następujące szpitale: 1. w obwodzie Opatowskim w Ćmielowie, Opatowie i Łagowie; 2. w obwodzie Biłgorajskim w Tar-

nogrodzie; 3. w obwodzie Lubelskim w Ludwikowie. Zakłada się też nowy szpital w Żółkiewce w obwodzie Krasnostawskim. Przez jakiś czas funkcyonował także szpital w Radecznicy w obwodzie Zamoyskim, jednakże musiano go przenieść do obwodu Lubelskiego wskutek wzrostu epidemii w tym obwodzie. Przez szpitale epidemiczne kolumn przeszło od 1. stycznia 1917 roku 550 chorych, dni leczenia było 10.455. 80% chorych stanowi w Królestwie najuboższa ludność żydowska. Korzystając z subwencyi Namiestnictwa, utworzono w Samborze przy stacyi perlustracyjnej zakład odczyszczania ewakuowanych ze wschodniej Galicyi kobiet i dzieci. Działalność kolumn sanitarnych w ciągu ostatnich miesięcy skierowała się także w kierunku walki z gruźlicą, a mianowicie postanowił K. B. K. założyć schronisko dla dzieci chorych na gruźlicę. W tym celu wynajęto w Zakopanem Willę Orlą o 13 ubikacyach, a dzięki uczynności zakopiańskich władz udało się zaprowiantować zakład. Opiekę lekarską nad dziećmi umieszczonemi w Zakopanem objął Dr Wilczyński. W zakładzie mieści się 60 chorych dzieci. Obecnie zamierza Sekcya założyć schronisko lecznicze dla dzieci dotkniętych jaglicą, która wśród ewakuowanych coraz to większe robi spustoszenia.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Władysław Rudolf Borkowski z Krakowa.

— Na Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych w d. 26. i 27. b. r. w Krakowie przedstawił prof. Dr Ciechanowski sprawę pouczania starszej młodzieży szkolnej o niebezpieczeństwie chorób wenerycznych.

Lwów. D. 26. V. 1917 odbyło się we Lwowie posiedzenie Krajowej Rady zdrowia. Na porządku dziennym było sprawozdanie o stanie chorób zakaźnych w kraju, sprawa zwalczania chorób wenerycznych, gruźlicy i zimnicy, oraz sprawa zmiany statutu miejskiej komisyi sanitarnej krakowskiej.

Warszawa. Towarzystwo kursów naukowych zorganizowało zawodowy kurs dla lekarzy szkolnych, rozpoczynający się 2. czerwca b. r., a obejmujący wszystkie działy, z którymi lekarz szkolny powinien być obeznany.

Redakcya otrzymała: H. Wachtel: Das Bathykopsometer. (Münch. med. Woch. 1917). — J. Jaworski: Opuszczenie się, wypadnięcie macicy, wynicowanie pochwy, mimowolne oddanie moczu, jako następstwa niedostatecznego odżywiania. (Gaz. lek. 1917).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Maj, (cena 2·50 Mk.).

Choroby nerwowe i umysłowe, omawiane corocznie w zeszycie majowym kursów, opracowali w tym roku prof. Marburg, prof. Weygandt i Dr Kafka w rozprawach p. t. »Postępy w neurologii wskutek doświadczeń wojennych«, »Orzeczenia psychiatryczne w czasie wojny« i »Postępy serologii w psychiatryi i neurologii«.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 6. czerwca** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym w dalszym ciągu sprawa gruźlicy w obecnej dobie i środków zaradczych, referat Doc. Dr Janiszewskiego i dyskusya.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 23. Kraków, 9. czerwca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 9. czerwca 1917. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala rezerwowego Galicyjskiego Czerwonego Krzyża we Lwowie.

O tak zwanem otwartem leczeniu ran ropiejących.

Napisał

Franciszek Chomicki,

sekundaryusz szpitala.

Spostrzeżenia chirurgów z ubiegłych dwóch lat dowodzą, że liczba ran postrzałowych zakażonych i ropiejących przewyższa liczbę ran czystych. Prawie wszystkie zranienia, sprawione pociskami armatnimi i granatami ręcznymi, są zakażone; bardzo zaś często ulegają zakażeniu, zwłaszcza wtórnemu, także rany, zadane bronią palną ręczną.

Ta wielka i nieoczekiwana ilość ran ropiejących wywołała dążność do ulepszenia sposobów leczenia tych ran. Powszechnie dziś używane opatrunki przykrywające czyli osłaniające, aseptyczne lub antyseptyczne z materyałów hydrofilnych, okazują się w niektórych przypadkach niewystarczające. Rana ciągle obficie wydziela ropę, często cuchnącą, chory gorączkuje, a stan ogólny jego stale podupada. Widzimy w tych przypadkach, że pokłady gazy i waty odtłuszczonej, które w eksperymencie doskonale wchłaniały wodę, a nawet wodne rozczyny białka, nasiąkają ropą tylko w warstwach, bezpośrednio przylegających do skóry, jakkolwiek równocześnie duże ilości ropy zalegają w zaułkach rany i rozlewają się po skórze w otoczeniu rany. Prawdopodobnie z powodu wielkiej ilości upostaciowanych składników (komórek) w ropie, gaza i wata hydrofilna są dla niej prawie nieprzenikliwe. Wskutek tego przy obfitej wydzielinie już w parę godzin po założeniu opatrunku przykrywającego chory ma na sobie istny »okład z ropy« (Klapp).

Tej stagnacyi ropy zapobiedz możemy w sposób bardzo prosty, pozostawiając ranę zupełnie nieowiniętą, lub poprzestając na założeniu opatrunku, ochraniającego ją od szkodliwych wpływów świata zewnętrznego. Sposoby te, metodycznie stosowane, nazywamy otwartem leczeniem ran.

Historya otwartego leczenia ran ropiejących sięga czasów przedaseptycznych. Na wiele lat przed Listerem Vinces v. Kern (około r. 1818) pozostawiał metodycznie rany po amputacyach bez jakichkolwiek opatrunków. Później w okresie rozwijającej się i doskonalącej antyseptyki i aseptyki z przyczyn, łatwych do zrozumienia, o metodzie tej zapomniano niemal całkowicie. Helioterapia bowiem, stosowana wobec wrzodów gruźliczych, nie ma właściwie nic wspólnego z otwartem leczeniem ran zakażonych. Jedynie Wilhelm Dosquet, kierownik szpitala w Norden w okolicy Berlina, kultywował tę metodę od 11 lat. Dosquet jednak, jak to z pracy jego wynika, ceni bardziej w metodzie tej leczniczy wpływ swobodnie przed raną krążącego powietrza, aniżeli odpadnięcie opatrunku przykrywającego.

Dopiero w ciągu bieżącej wojny otwartem leczeniem ran zajęli się z powrotem chirurdzy, o czem świadczy ogłoszonych przeszło dwadzieścia rozpraw, stale zachwalających tę metodę, z wyjątkiem jednej jedynej rozprawy Seefischa, który tę metodę naogół ujemnie ocenia.

Z rozpraw powyższych wysnuć można ten wniosek, że z chirurgicznego punktu widzenia w otwartem leczeniu ran zakażonych przedewszystkiem ma znaczenie moment mechaniczny, t. j. odpadnięcie czynnika, przeszkadzającego zupełnie swobodnemu odpływowi ropy z rany, jakim może być najlepiej nawet założony opatrunek przykrywający. Zresztą nie lekceważą sobie bynajmniej korzystnego wpływu klimatu i światła (słonecznego lub sztucznego) na rany i rannych. W wielu przypadkach jednak i bez współudziału tych dwóch czynników obejść się możemy lub musimy.

Myśl podstawna technicznej strony otwartego leczenia ran leży w tem, by pozostawić między raną, będącą źródłem ropy, a opatrunkiem, mającym ją ochraniać od niekorzystnych wpływów zewnętrznych, zupełnie wolną przestrzeń, którąby ropa mogła stale, niczem nie krępowana, ściekać.

Jeżeli możemy przez odpowiednie przeprowadzenie cięć, lub przez ułożenie, w zranionej okolicy ciała stworzyć najkorzystniejsze warunki dla odpływu ropy, to otwarte leczenie będzie dla chorego zawsze korzystniejsze, niż leczenie w opatrunkach przykrywających. Samo jednak założenie opatrunku ochraniającego wymaga od leczącego większej pomysłowości, niż założenie opatrunku przykrywającego.

Niezależnie od analogicznego postępowania Kruga i Lörchera, wpadłem na pomysł improwizowania niektórych opatrunków ochraniających z wiórów (torniru). Odpowiednio długi pasek wióra, 2—4 cm szeroki, zwijam w kółko, którego średnica zależy od wielkości rany. Kółko to otaczam następnie paskiem waty, szerszym od wióra. Wystające brzegi waty zawijam ponad krawędziami wióra do środka kółka (rysunek 1).



Rys. 1.

W ten sposób zapobiegam z jednej strony rozkręcaniu się wióra, z drugiej zaś wyściełam miękką podściółką brzegi kółka, co chroni chorego od ugniecenia. Po ułożeniu

tak owiniętego kółka dookoła rany ustalam je w jego położeniu kawałkiem gazy, rozpostartej ponad tem kółkiem, a do skóry przylepionej mastisolem. Kółko i otoczenie przykrywam watą, którą znowu umocowywam zwyczajną opaską.

Opatrunek taki zakładaliśmy z powodzeniem na rozmaite okolice ciała. Jedynie na plecach i pośladkach sprawiał on chorym pewne dolegliwości, które usunąć można było przez grube wyścielenie całej okolicy watą, lub przez rozsunięcie materaców, tak, aby powstała szpara, w której kółko pomieścićby się mogło.

W przypadkach zaś, w których kółka zastosować nie mogłem, a istniało wskazanie do leczenia otwartego, rany zgoła nie owijałem, ochraniając ją tylko z większej odległości odpowiedniemi urządzeniami. Kończyny z postrzałami niepowikłanymi zawieszaliśmy na temblakach, przymocowanych do drążka, opartego o oba przyczółki łóżka (rys. 2).



Rys. 2.

Podłożywszy na łóżku w odpowiedniem miejscu ceratkę lub tackę na ropę, przewieszałem przez drążek płat gazy odpowiedniej wielkości lub prześcieradło, które, przymocowane następnie do pościeli, tworzyły namiot, ochraniający kończynę zawieszoną i zamykający do rany dostęp muchom, pyłowi i t. d.

Ułożenie to wywołuje po pewnym czasie mierne przekrwienie bierne, które w tych przypadkach jest tylko pożądane. Przy ropiejących złamaniach kości stosujemy wyciągi na kończynę zawieszoną lub opatrunki gipsowe z oknami. Przy zakażonych złamaniach postrzałowych kończyn dolnych stosowano albo szyny wyciągowe, umożliwiające choremu chodzenie, lub przyrządy wyciągowe, dostosowane do łóżka. Często dopiero w łóżku można było kończynę tak ułożyć, aby odpływ ropy z rany był rzeczywiście zupełnie swobodny.



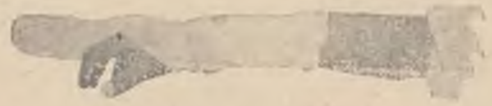
Rys. 3.

Bardzo dobre wyniki dawało »otwarte leczenie« przy opatrywaniu kikutów poamputacyjnych. Ostatecznie i w tych przypadkach wykonalny jest opatrunek z wióra. Wygodniejsze są tu jednak odpowiednie kosze druciane. Przy opatrywaniu ran stopy i ręki używałem również »koszów«, improwizowanych z szyn Kramera (rys. 3).

Na palce przy zastrzałach i t. p. stosuję ochrony z drutu, wyginane również »w domowym zarządzie« (rys. 4 a i 4 b). W razie potrzeby, zapobiegam ewentualnym przykurczeniom palców przez podłożenie odpowiedniej deseczki lub tektury.



Rys. 4 a.



Rys. 4 b.

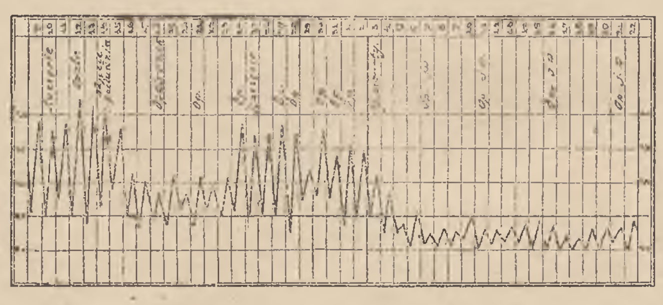
Zaletą otwartego leczenia ran jest i to, że przy tej metodzie rzadziej musimy zmieniać opatrunki i że zmiana opatrunku nawet w przypadkach zakażonych złamań kości kończyn jest prawie bezbolesna.

Jak zaś korzystnie leczenie to wpływa na przebieg zakażenia, okazuje się najwybitniej z krzywych ciepłoty następujących trzech przypadków:

1) F. A. K., lat 21, szeregowiec, jeniec. Raniony 6. VIII. Pierwszy opatrunek założył żołnierz-sanitaryusz, drugi lekarz. Przyjęty 9. VIII.

Rozpoznanie: Ropowica gazowa po niepowikłanym postrzale goleni lewej.

Leczenie: 9. VIII. nacięcie ropowicy. 14. VIII. amputacya goleni. 25. VIII. nacięcie ropni uda. 3. IX. zastosowanie opatrunku otwartego (rys. 5).

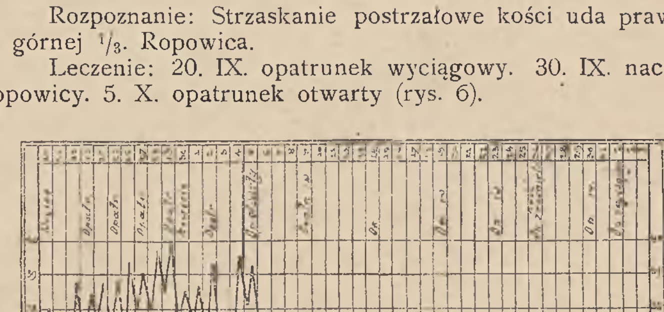


Rys. 5.

2) A. B., lat 23, szeregowiec. Raniony 18. IX. Pierwszy opatrunek w rowie strzeleckim założył sanitaryusz. Przyjęty 20. IX.

Rozpoznanie: Strzaskanie postrzałowe kości uda prawego w górnej $^1/_3$. Ropowica.

Leczenie: 20. IX. opatrunek wyciągowy. 30. IX. nacięcie ropowicy. 5. X. opatrunek otwarty (rys. 6).

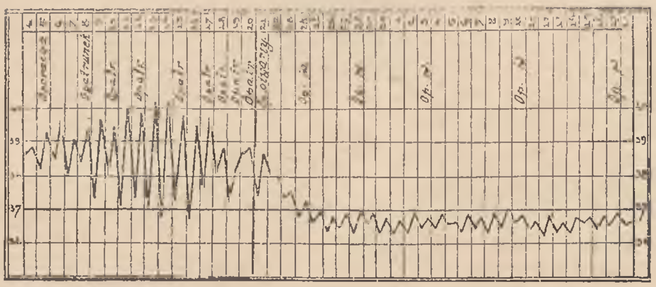


Rys. 6.

3) M. C., lat 28, podoficer. Raniony 21. VIII. Pierwszy opatrunek w szpitalu dywizyjnym założył sanitaryusz. Przyjęty 4. IX.

Rozpoznanie: Strzaskanie postrzałowe górnej nasady kości piszczelowej. Zapalenie stawu kolanowego lewego, ropowica uda i goleni. Rana postrzałowa szarpana dłoni.

Leczenie: 5. IX. nacięcie ropowicy goleni i uda, usunięcie odłamków kostnych, artrotomia. Odjęcie palca I, III i IV ręki prawej. 21. IX. Ręka goi się dobrze, na nogę zastosowano leczenie otwarte (rys. 7).



Rys. 7.

Otwartym sposobem leczyliśmy w szpitalu ogółem około stu rannych. Spadek gorączki, tak wybitny w opisanych wyżej przypadkach, występował prawie zawsze bezpośrednio po zmianie typu opatrunków.

Obok tych zalet ma »leczenie otwarte« pewne wady. Podnoszone z niektórych stron, jako »minus«, zasychanie na brzegach rany wydzieliny ropnej w strupy, co utrudnia narastanie naskórka i ułatwia zaleganie ropy pod strupem, w naszych przypadkach okazało się niemal bez znaczenia. Nawet w tych razach, w których opatrunek zmienialiśmy co 7 dni (rys. 7), zdjęcie narosłego strupa nie przedstawiało żadnych trudności i strup niczem nie zaznaczył niekorzystnego wpływu na gojenie się rany.

Natomiast podkreślić należy: 1) że założenie opatrunku ochraniającego w jakiejkolwiekbądź formie jest naogół kłopotliwsze, niż założenie opatrunku przykrywającego, 2) że w opatrunku ochraniającym ranni są często mniej swobodni, niż w opatrunkach zwyczajnych, 3) że przy użyciu »otwartego leczenia« ran łatwiej zdarza się zanieczyszczenie bielizny i pościeli, niż przy założonym szczelnie opatrunku przykrywającym, skutkiem czego niebezpieczeństwo przypadkowego zakażenia sąsiadów jest większe, 4) że pozostawiać można rany bez opatrunku tylko u jednostek inteligentniejszych, które dotykaniem swych ran szkodzić sobie nie będą.

Mimo te wady, korzyści, dające się otwartem leczeniem osiągnąć, są tak wyraźne, że w każdym przypadku uporczywego, złośliwego ropienia ran — nietylko postrzałowych — powinniśmy przynajmniej spróbować tej metody, zanim przedsięweźmiemy cokolwiek innego, coby chorego narazić mogło na nieodwołalne kalectwo.

Piśmiennictwo. 1) Asbeck: Münch. m. Woch. 1917, Nr 2. — 2) Bernhard: Münch. m. W. 1904. — 3) Braun prof.: Münch. m. W. 1916, Nr 39. — 4) Dosquet W.: a) Deutsche m. W. 1916, Nr 12. b) Die offene Wundbehandlung und Freiluftbehandlung. Leipzig 1916. Thieme. — 5) Deutschländer: Deut. m. W. 1915, Nr 42. — 6) Emmert: Arch. f. klin. Chir. XVIII. — 7) v. Esmarch: Handbuch der kriegschirurgischen Technik. — 8) Grunert und Mohr: Münch. m. W. 1916, Nr 11. — 9) Härtel: Münch. m. W. 1915, Nr 11. — 10) Krug: Münch. m. W. 1915, Nr 36. — 11) Klapp: Münch. m. W. 1916, Nr 12. — 12) Lörcher: Münch. m. W. 1915, Nr 42. — 13) Schede: Münch. m. W. 1914, Nr 42. — 14) Springer: Münch. m. W. 1915, Nr 10. — 15) Schlössmann: Münch. m. W. 1915, Nr 48. — 16) Strubel: Münch. m. W. 1917, Nr 2. — 17) Seefisch: v. Bruns Beitr. 1916, Bd. 100. — 18) Wild: Münch. m. W. 1916, Nr 19. — 19) Weissenberg: Deut. m. W. 1915, Nr 40. — 20) Waltzel: Zur Frage der offenen Wundbehandlung speziell bei Granatverletzungen.

Ze szpitala garnizonowego Nr 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

II.

Wyniki badania sprawności każdej nerki z osobna w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podali

Prof. Dr Maryan Franke i Dr Franciszek Mehrer.

(Dokończenie).

IV. Ż. Paweł, 45 lat, chory od tygodnia. Stan obecny: W początku stan gorączkowy; ogólny obrzęk średniego stopnia, rozlany nieżyt oskrzelowy; w sercu objawy miernego przerostu lewej komory i rozszerzenie aorty; tętno 66 uderzeń na minutę. Mocz: Z początku ilość moczu bardzo mała, w czasie cystoskopii prawidłowa; białko = 4‰, w dalszym przebiegu tylko ślady, w czasie cystoskopii 0·5‰; w osadzie liczne ciałka czerwone krwi, wałeczki szkliste, ziarniste i nabłonkowe, pod koniec osad bardzo mały. Rozpoznanie: Glomerulonephritis acuta.

Cystoskopia, wykonana w piątym tygodniu pobytu chorego w szpitalu, w okresie wygajania się zapalenia nerek: Pojemność pęcherza i błona śluzowa jego prawidłowa, wprowadzenie cewników łatwe. Po wprowadzeniu cewników do moczowodów: w danym czasie z prawej nerki wydziela się znacznie więcej moczu, niż z nerki lewej; po wstrzyknięciu indygokarminu: w 19 minut mocz z nerki prawej jest wybitnie niebiesko zabarwiony, z lewej zaś znacznie słabsze zabarwienie, chociaż zabarwienie obustronnie niezbyt silne; po 25 min. zabarwienie moczu obustronnie równe; po 36 minutach obustronnie zabarwienie stale równe, lecz nigdy nie jest ono zbyt silnie niebieskie.

Mocz	nerka prawa	nerka lewa
ilość:	po prawej znacznie większa niż po lewej	
barwa:	bladożółta	miesista
przejrzystość:	nieco mętny	mętny
oddziaływanie:	kwaśne	kwaśne
białko:	+.... 0·5‰	+.... 0·5‰
jod:	silnie dodatni — + + +	bardzo słabo dodatni — +
osad:	pojedyncze wałeczki szkliste, ziarniste, nabłonki nerkowe i ciałka czerwone krwi	liczne ciałka czerwone krwi, liczne wałeczki szkliste i ziarniste, nieliczne nabłonki nerkowe
zabarwienie indygowe:	obustronnie występuje opóźnione wcześniej wybitnie niebieskie zabarwienie	później wyraźne zabarwienie niebieskie

V. Tr. Marek, lat 30, chory od tygodnia. Stan obecny: Obrzęk ogólny znaczny, bronchitis; w sercu objawy lekkiego rozszerzenia lewej komory serca; tętno 60 uderzeń na minutę. Mocz: W początku ilość około 300 cm^3, białko = 6‰, osad zawiera liczne ciałka czerwone, nieliczne ciałka białe krwi, liczne wałeczki szkliste i ziarniste, nabłonki nerkowe; następnie ilość białka spada do 0·5‰, a w osadzie stwierdza się parę ciałek czerwonych, wałeczków szklistych i ziarnistych. Rozpoznanie: Glomerulonephritis acuta.

Cystoskopia, wykonana w czwartym tygodniu pobytu chorego w szpitalu, w okresie wygajania się sprawy zapalnej: Pęcherz prawidłowy, pojemność jego prawidłowa; po wprowadzeniu cewników do moczowodów: ilość wydzielanego moczu w danym czasie obustronnie równa; po wstrzyknięciu indygokarminu: w 7 minut niebieskie zabarwienie moczu rozpoczyna się po stronie lewej; w 8½ min. zabarwienie niebieskie występuje po stronie prawej; po 9½ min. zabarwienie wyraźne po stronie lewej, po 11·5 min. po stronie prawej, lecz stale zabarwienie po stronie lewej jest silniejsze, niż po stronie prawej; po 30 min. zabarwienie moczu po stronie prawej stale słabsze, niż po stronie lewej.

Mocz	nerka prawa	nerka lewa
ilość:	obustronnie mniej więcej równa	
barwa:	żółta z odcieniem różowym	żółta z odcieniem różowym
przejrzystość:	wybitnie mętny	mętny
oddziaływanie:	kwaśne	kwaśne
białko:	++ ... 1·5‰	++ ... 1·5‰
jod:	słabo dodatni — +	b. silnie dodatni — +++
osad:	liczne ciałka czerwone krwi, dość liczne wałeczki ziarniste i nabłonkowe, nieliczne nabłonki nerko e	świeże ciałka czerwone krwi, pojedyncze wałeczki szkliste i nabłonki nerkowe
zabarwienie indygowe:	występuje nieopóźnione	
	później zabarwienie słabo niebieskie	wcześniej zabarwienie niebieskie

VI. O. Piotr, lat 32, dotychczas nie chorował na nerki, obecnie chory od 3 dni. Stan obecny: Ciepłota nie podwyższona; ogólny obrzęk średniego stopnia, rozlany nieżyt oskrzeli; w sercu mierne rozszerzenie tętnicy płucnej, wzmocnienie II tonu nad tętnicą główną; tętno 72 uderzeń na minutę. Mocz: W początku ilość moczu bardzo znacznie zmniejszona; białko = 2·6‰, w osadzie liczne ciałka czerwone krwi, nieliczne ciałka białe krwi, liczne wałeczki szkliste i ziarniste; w dalszym przebiegu ilość białka zmniejszała się stale, a w ostatnich dwu tygodniach mocz był stale bez białka i osadu. Rozpoznanie: Glomerulonephritis acuta.

Cystoskopia, wykonana w piątym tygodniu pobytu chorego w szpitalu, w okresie wygajania się sprawy nerkowej: Pojemność pęcherza prawidłowa. Po wprowadzeniu cewników do moczowodów w danym okresie czasu wydziela się stale rytmicznie obustronnie równa ilość moczu; po wstrzyknięciu indygokarminu: w 7 min. rozpoczyna się równocześnie po obu stronach niebieskie zabarwienie moczu, wybitne zwłaszcza po 9 min., lecz mocz ze strony lewej ma odcień zielonawy, gdy z prawej jest czysto niebiesko zabarwiony; po 18 min. mocz i po stronie lewej przybiera zabarwienie wyraźnie czysto niebieskie.

Mocz	nerka prawa	nerka lewa
ilość:	obustronnie równa	
barwa:	jasnożółta	jasnożółta
przejrzystość:	nieco mętny	mętny
oddziaływanie:	kwaśne	kwaśne
białko:	+ .... 0·9‰	+ .... 0·8‰
jod:	dodatni — ++	słabo dodatni — +
osad:	pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste	pojedyncze ciałka czerwone krwi i wałeczki szkliste
zabarwienie indygowe:	występuje równocześnie, nieopóźnione	
	niebieskie	naprzód niebieskie z odcieniem zielonawym, potem niebieskie

Przy zestawieniu uzyskanych wyników osobno omówimy dwa pierwsze przypadki, w których badanie sprawności przeprowadziliśmy w początkowym ostrym okresie zapalenia nerek (akme), a osobno następne cztery przypadki, w których badanie wykonano w okresie wygajania się sprawy nerkowej, bo w obu tych grupach wyniki badań różnią się znacznie od siebie.

Na podstawie badania pierwszych dwu przypadków widzimy, że *w ostrym okresie zapalenia nerek czynność jest w obu nerkach równomiernie upośledzona.* W I przypadku nie stwierdzamy różnic w zachowaniu się moczu, wydzielanego z każdej nerki z osobna: ilość moczu, zawartość białka, zachowanie się osadu, są obustronnie jednakowe. Przy badaniu czynnościowem zaburzenie czynności nerek jest również obustronnie jednakowe; po wprowadzeniu jodku potasowego przez przewód pokarmowy wydzielanie jodu z moczem jest obustronnie upośledzone, lecz po obu stronach jednakowe; po śródmięśniowem wstrzyknięciu indygokarminu zabarwienie moczu występuje obustronnie jednakowo później, niż w stanie prawidłowym, a przytem zabarwienie jest obustronnie bardzo słabe, lecz równie ledwo zaznaczone. Mniej typowe zaburzenia stwierdzamy w II przypadku, prawdopodobnie z tego powodu, że badanie nasze w tym przypadku przeprowadziliśmy nieco później, niż w przypadku pierwszym; a mianowicie w I przypadku badaliśmy chorego po ukończeniu pierwszego tygodnia, a w II po ukończeniu drugiego tygodnia trwania sprawy chorobowej. W II przypadku przy zwykłem badaniu moczu stwierdzamy większą ilość białka w moczu nerki lewej, przy próbie jodowej zawartość jodu w moczu po stronie lewej jest mniejsza, niż po stronie prawej; innych zaś różnic nie znajdujemy w tym przypadku, bo przy próbie indygokarminowej zabarwienie moczu doznaje obustronnie jednakowego opóźnienia, a zabarwienie samo jest bardzo słabe i to zielonawe, nie niebieskie; w tym przypadku stwierdzamy już pewną różnicę zabarwienia strony prawej od lewej.

Inaczej zupełnie przedstawiają się przypadki następne, w których *badanie nerek przeprowadzaliśmy w okresie wygajania się zapalenia nerek.* Przypadek III, IV, V, VI, były przez nas badane w czasie, kiedy objawy ostre już uspokoiły się, kiedy obrzęki i inne cechy stanu ostrego ustąpiły zupełnie, kiedy stan podmiotowy był zupełnie dobry, a tylko w moczu można było wykazać mniej lub więcej wyraźne objawy istniejącego, cofającego się zapalenia nerek, przy prawidłowej dobowej ilości moczu.

W tych wszystkich przypadkach *badanie czynności nerek wykazuje różnice między zachowaniem się jednej i drugiej strony,* które idą mniej więcej równolegle z czasem trwania sprawy chorobowej. Najbliżej był ostrego stanu zapalenia, a zarazem najwybitniejsze różnice wykazuje przypadek III: przy zwykłem badaniu widzimy, że nerka prawa w tym samym czasie wydziela trzy razy więcej moczu, niż lewa, a mocz z nerki prawej zawiera mniej białka i osadu, niż z lewej; po podaniu jodku sodowego nerka prawa wydziela większe ilości jodu; próba jodowa w moczu jest wybitniejsza po stronie prawej mimo znaczniejszej ilości moczu, wydzielanego z tej strony: po wstrzyknięciu indygokarminu występuje po stronie prawej niebieskie zabarwienie moczu w odpowiednim czasie, po stronie lewej zaś jest ono znacznie opóźnione. Podobne zaburzenia okazuje przypadek IV: ilość moczu, wydzielonego w danym okresie czasu przez nerkę prawą, jest znacznie większa, niż przez lewą; zabarwienie moczu z nerki prawej jest prawidłowe, ilość osadu mniejsza, tylko zawartość białka jest równa stronie lewej; po podaniu jodku sodu ilość jodu, wydzielanego w moczu, jest w tym samym okresie czasu znacznie większa po stronie prawej, a próba jodowa mimo większych ilości moczu jest po prawej znacznie wyraźniejsza; po indygokarminie zabarwienie niebieskie moczu występuje wprawdzie obustronnie później, niż prawidłowo, lecz mocz nerki prawej uzyskuje odpowiednie zabarwienie niebieskie znacznie prędzej, niż po stronie lewej; wogóle jednak zabarwienie niebieskie moczu obustronnie nigdy nie przybiera tonu zbyt nasyconego. Mniej wybitne różnice spotykamy w przypadku V, w którym wprawdzie ilość osadu po stronie lewej jest mniejsza, ilość wydzielanego jodu po tej samej stronie znacznie wybitniejsza, a po indygokarminie mocz po stronie lewej jest wybitniej niebiesko zabarwiony, niż po stronie prawej; choć obustronnie występuje ono w odpowiednim czasie, lecz ilość moczu wydzielonego w danym okresie czasu i zawartość białka są obustronnie równe. W ostatnim, to jest w VI przypadku powoli zaciera się różnica między obu stronami, chociaż jeszcze przecież jest zaznaczona. Przy zwykłem badaniu moczu widzimy tylko, że osad moczu jest nieznacznie mniej obfity po stronie prawej, a ilość moczu i zawartość białka jest obustronnie równa; po podaniu jodku sodowego wydzielanie jodu z nerki prawej jest większe, a po indygokarminie wprawdzie zabarwienie moczu po obu stronach występuje w jednym czasie

i nie jest opóźnione, lecz w początkach przynajmniej mocz strony lewej okazuje odcień zielonawy, przy odpowiednio niebieskiem zabarwieniu moczu z nerki prawej; dodamy, że pod koniec doświadczenia różnica ta znika zupełnie.

Zbierając razem wyniki naszych doświadczeń, możemy twierdzić w ogólności, że badanie czynnościowe każdej nerki z osobna w przebiegu ostrego kłębkowego zapalenia nerek wykazuje znaczne różnice w ich zachowaniu się, zależnie od okresu, w którym wykonano badanie. Na szczycie zapalenia nerek zaburzenie głębszej czynności nerek jest bardzo znaczne i przebiega równolegle do znacznych zmian, stwierdzanych w moczu zwykłymi sposobami badania. Oprócz znacznego ograniczenia ilości wydzielanego moczu, dużych ilości białka, obfitego, nieprawidłowego osadu moczowego, i wydzielanie ciał, obcych ustrojowi, jak indygokarminu i jodu, jest w tym okresie znacznie upośledzone, na dowód znacznego obniżenia ogólnej czynności nerek; zaburzenie w czynności nerek w tym okresie dotyczy przy tem obu nerek w jednakowym stopniu; jednostronnych różnic nie spotyka się tu wcale.

Ten stosunek zmienia się odrazu z chwilą, gdy w nerkach nastaje uspokajanie się zapalenia i naprawa stosunków nieprawidłowych. W okresie poprawy stanu zapalnego stwierdzamy wprawdzie również mniej lub więcej wybitne zaburzenia czynności nerek, lecz w miarę poprawy występują wybitne różnice w zachowaniu się nerki jednej i drugiej strony. W tym czasie ilość wydzielonego moczu może być jednostronnie, i to znacznie większa, zawartość białka i osadu może być nierówna, i to mniejsza, po stronie zwiększonej ilości moczu; zwłaszcza zaś próby czynnościowe nerek wykazują wybitnie jednostronną przewagę zaburzenia: wydzielanie przedewszystkiem jodu, a następnie i barwików jest po jednej stronie również szybsze i znaczniejsze, niż po stronie przeciwnej. Na podstawie tych spostrzeżeń możemy twierdzić, że po przejściu największego nasilenia ostrego zapalenia nerek, gdy sprawa zaczyna się uspokajać, dochodzi przedewszystkiem do restytucyi jednostronnej, do powrotu czynności najprzód jednej nerki, gdy druga tymczasem jeszcze okazuje objawy zaburzenia, spotykane w okresie ostrym. Pierwszą przytem cechą poprawy czynności danej nerki jest zwiększenie przepuszczalności dla płynów, czego wyrazem jest jednostronne zwiększenie się ilości moczu; równocześnie z tem spostrzegamy jednostronne zwiększenie wydzielania jodu po wewnętrznem zażywaniu jego przetworów, aż do prawidłowego wydzielania jodu drogą nerek, które poprawia się równolegle z wygajaniem się stanu zapalnego w nerkach. Nieco później zwiększa się jednostronnie przepuszczalność nerki dla barwików, jak np. indygokarminu. Nie chcemy wprawdzie na podstawie tych spostrzeżeń odważyć się na stanowcze twierdzenie, że przy wygajaniu się ostrego kłębkowego zapalenia nerek, przy którem nietylko kłębki, ale zawsze i cewki nerkowe są sprawą zapalną dotknięte, restytucya rozpoczyna się przedewszystkiem w kanalikach, a następnie dopiero w kłębkach nerkowych. Do tego twierdzenia uprawniałoby nas spostrzeżenie z okresu wygajania się zapalenia nerek, a mianowicie obecność prędszego powrotu zdolności nerek do wydzielania jodu, niż barwików, jak indygokarminu. Fakt zdolności cewek do szybszej poprawy przy ostrem zapaleniu nerek jest zgodny z dotychczasowemi naszemi zapatrywaniami o większej urażliwości (vulnerabilitas) kłębków nerkowych. Dodam, że w dalszym przebiegu sprawy, w miarę wygajania się jej, zaciera się ta różnica między wydzielaniem jednej a drugiej strony, w pewnym stopniu jednak mogliśmy ją stwierdzić we wszystkich przypadkach, nawet i w przypadku ostatnim, który był badany tuż przed okresem zupełnego wyleczenia stanu zapalnego.

Dodać musimy, że nie mieliśmy sposobności badania przypadków ostrego zapalenia nerek przed szczytem choroby, w pierwszych paru dniach sprawy chorobowej, jakoteż i nie mogliśmy natrafić na przypadek w ostatnich dniach przed zupełnem wyleczeniem zapalenia, to jest tuż przed zupełnem zniknięciem białka z moczu. Przeprowadzenie naszych badań w tych przypadkach byłoby ważne dla rozstrzygnięcia pytania, czy w samym początku zapalenia nie zaczyna się ono jednostronnie i czy nie znajdziemy okresu końcowego, w którym zapalenie nerek jest jakiś czas jednostronne, a może i pozostaje jakiś czas czynnościowo jednostronne.

Spostrzeżenia nasze jednostronnej przewagi zaburzenia czynności nerek w okresie wygajania są nietylko teoretycznie ciekawe, lecz mają one zarazem znaczenie praktyczne i mogą nam wytłómaczyć nieraz dziwne obrazy kliniczne, w których poprawa zapalenia nerek postępuje szybko dalej (obrzęki i objawy mocznicy ustępują zupełnie) mimo, że w moczu stwierdzamy zbyt wybitne zmiany patologiczne w stopniu niezmiennym. Jasnem jest, że w tych przypadkach jedna z nerek, której czynność choć w części uległa poprawie, obejmuje na siebie zastępczo ciężar wydzielania płynów i we krwi nagromadzonych ciał toksycznych. Tu leży przyczyna znikania obrzęków i objawów zatrucia ustroju, chociaż suma wyniku badania moczu, wspólnego z obu nerek, nie wskazuje jeszcze na wybitną restytucyę czynności nerkowej. Jako rzecz klinicznie wielkiej wagi musimy podnieść właśnie fakt, że w przypadkach ostrego zapalenia nerek jedna nerka, która prędzej odzyskuje swą zdolność wydzielniczą, może zastąpić w czynności nerkę drugą, która jest jeszcze w stanie znacznego upośledzenia czynności. Badania nasze, jak widzimy, dały przedmiotową podstawę dla zrozumienia tych wyżej wspomnianych, nieraz niejasnych przypadków znacznej poprawy objawów ogólnych przy utrzymywaniu się znacznego stopnia objawów patologicznych w moczu. To pytanie było jednym z głównych celów naszych badań, podjętych w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Streszczenie: Badanie czynnościowe każdej nerki z osobna w przypadkach ostrego kłębkowego zapalenia nerek wykazuje, że na szczycie zapalenia zaburzenie czynności nerek jest obustronnie równe; w okresie wygajania się zapalenia natomiast powrót czynności w obu nerkach jest nierównomierny; nerka, która wcześniej odzyskała swą zdolność wydzielniczą, może drugą zastąpić w jej czynności i sama objąć wydzielanie przeważnej ilości płynów i ciał toksycznych; badania nasze przy tem wskazują na to, że sprawa wygajania się toczy się naprzód w cewkach, a następnie dopiero w kłębkach nerkowych.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 31 stycznia 1917.

Przewodniczy: Kol. prezes Ciechanowski. Obecnych członków 25.

1) Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia zawiadamia prezes kol. Ciechanowski, że w imieniu Towarzystwa wysłał I. Zjazdowi medycyny wojennej w Warszawie wyrazy powitania i życzenia pomyślnych i obfitych w plony obrad. Przyjęto do wiadomości.

2) Prezes kol. Ciechanowski zdaje sprawę z bytności w Wiedniu delegacyi Izb i Towarzystw lekarskich krajowych i z konferencyi z prezesem Koła polskiego JE. Drem Bilińskim i ministrem dla Galicyi JE. Drem Bobrzyńskim w sprawie postulatów

w zakresie sanitarnym, związanych z wyodrębnieniem Galicyi, a uchwalonych na posiedzeniu Towarzystwa d. 17 stycznia 1917. Postulaty przyjęto z zainteresowaniem i życzliwością; trudności mogą się jednakże wyłonić przy układach z rządem. W szczególności można mieć nadzieję, że polska reprezentacya uwzględni wyodrębnienie ustawodawstwa sanitarnego dla Galicyi, wyodrębnienie administracyi sanitarnej krajowe, a rozpatrzy żądanie samoistnej centralnej władzy sanitarnej krajowej.

Wątpliwości istnieją w sprawie zabezpieczenia instytucyom lekarskim wpływu na ustawodawstwo przez osobną reprezentacyę ich w ciałach ustawodawczych krajowych, a to z tego powodu, że jeszcze niewiadomo, jaki ustrój mieć będą te ciała ustawodawcze. Co do żądania zwołania ankiety, to minister dla Galicyi i prezes Koła polskiego oświadczyli gotowość wysłuchania w każdej chwili wyników obrad sfer lekarskich. Delegacya konferowała następnie jeszcze z szefem sekcyi w ministerstwie dla Galicyi Dr Twardowskim. — Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości.

3) Kol. Nowaczyński wygłosił wykład: **O wrzodzie dwunastnicy.** (Drukowano w Roczniku lekarskim T. III. zesz. II).

Dyskusya: a) kol. Herman Hirsch: Wrzód dwunastnicy zdarza się znacznie częściej, niż ogólnie jest przyjęte. Objawy jego są niestałe, przedmiotowe badanie daje mało wyników pozytywnych. Pod względem wyleczenia rokowanie jest lepsze, niż przy wrzodzie żołądka.

b) Kol. Glassner zapytuje, czy kol. Nowaczyński nie zauważył przy wrzodach dwunastnicy charakterystycznych przeczulic skórnych, jakie zdarzają się w toku różnych spraw chorobowych, toczących się w narządach głęboko położonych.

c) Kol. Oszacki uważa za odpowiedni podział na wrzody przyodźwiernikowe, leżące w pobliżu odźwiernika, a opisane przez francuskich autorów jeszcze przed amerykańskimi, i wrzody, położone w części zstępującej i w najniższej części dwunastnicy. O ile w pierwszych przypadkach objawy są zbliżone do wrzodu żołądka i przebiegają z nadmiernem kwaśnem wydzielaniem żołądkowem, o tyle drugim towarzyszy nadmierne wydzielanie dwunastnicze, dające się oznaczyć zapomocą zgłębnika dwunastniczego. Są one powikłane bardzo często ze sprawami chorobowemi w drogach żółciowych i oddziałują prócz tego jeszcze na trzustkę, czego dowodem pojawienie się cukru w moczu i kwasów glukuronowych. Wrzody niżej położone powikłane bywają częściej krwawieniem, niż wrzody przyodźwiernikowe i dają znacznie od nich mniejszą bolesność w obrazie klinicznym. Leczy się wrzody dwunastnicy metodą francuską, to jest dyetą tłuszczową w kombinacyi z dużemi dawkami atropiny. Nie leczy się jednak tak łatwo, ustępowanie bowiem objawów niezawsze jest wyrazem wyleczenia, ale związane jest bardzo często z pewną peryodycznością objawów klinicznych, jak krwawieniem, występującem często w toku tej choroby. Mowca zwraca uwagę na badanie promieniami Röntgena w kombinacyi ze zgłębnikiem dwunastniczym, metodą stosowaną przez Holzknechta. W końcu wspomina, że wrzody dwunastnicy mogą się zdarzyć na tle trofoneurotycznem i przytacza odpowiednie przypadki.

d) Kol. Nowaczyński nie spotykał przeczulic skórnych, ani też nie przypisałby im większego znaczenia ze względu na to, że mogą się one zdarzyć i w toku nerwic żołądkowych i utrudniać jeszcze rozpoznanie. W dolnych częściach dwunastnicy wrzody występują niesłychanie rzadko, tak, że wyłączanie ich jako odrębnej jednostki nie ma dostatecznego uzasadnienia w spostrzeżeniach klinicznych.

Posiedzenie dnia 7. lutego 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski. Obecnych członków 56.

1) Przed przystąpieniem do porządku dziennego prezes wygłosił wspomnienie pośmiertne o zgasłym nagle w Częstochowie ś. p. Dr Władysławie Biegańskim. Przemówienia wysłuchali obecni stojąc.

2) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

3) Kol. Prof. Dr Piltz wygłosił wykład: **O nerwicach wojennych i ich leczeniu na podstawie własnych spostrzeżeń z przedstawieniem chorych i demonstracyą kinematograficzną.**

Z ogromnego materyału, jakim obecnie rozporządza klinika neurologiczna, większą część stanowią chorzy z nerwicami. Ująć się dają w 4 grupy: 1⁰ neurastenia, powstająca na tle przemęczenia i wyczerpania z powodu nadmiernego wysiłku układu nerwowego, 2⁰ histero-neurastenia, 3⁰ histero-hipochondrya i 4⁰ histerya, powstająca najczęściej na tle urazów fizycznych i psychicznych przy obciążeniu dziedzicznem i pewnej wrodzonej fizycznej i psychicznej mniejwartościowości. Na ich tle przychodzi w czasie wojny częściej, niż w czasie pokoju, do rozmaitych objawów porażenia lub podrażnienia układu nerwowego, jak histeryczna ślepota, głuchota, niemota, bezgłos, motoryczne porażenia, drżenia, klonizmy, mimowolne moczenie, depresye, podniecenia lub zamroczenia. Są to wszystko objawy istniejacej już przedtem histeryi. Poszczególne objawy występują albo pojedynczo, albo w związku z innymi, nagle albo powoli, na froncie i na tyłach. Jako przyczynę choroby podają chorzy rozmaite zdarzenia, jak eksplozyę granatu, przeziębienie, różne choroby wewnętrzne, przeciągi i t. d.; okoliczności te mają znaczenie tylko czynnika wyzwalającego, właściwa droga powstawania histerycznych objawów jest jednak czysto psychologiczna, mianowicie powstają one wskutek patologicznej autosuggestyi, która się do tych czynników wyzwalających dołącza. Wybitną rolę przy powstawaniu objawów histerycznych gra infekcya psychiczna, czasem fiksacya, tj. utrwalenie jednego lub więcej objawów t. zw. »neurotycznego symptomo-kompleksu strachu«, polegającego na wzmożonej wrażliwości zmysłów, przyśpieszeniu akcyi serca, niepokoju i t. p. objawach. U zdrowych ludzi ten kompleks objawów rychło ustępuje, natomiast u osób psychopatycznych następuje na drodze patologicznej autosuggestyi utrwalenie jednego lub kilku z tych objawów. Odpowiednio leczone objawy te szybko ustępują, przy niewłaściwem postępowaniu te objawy nietylko się ustalają, ale dołączają się do nich nowe.

Leczenie tych spraw wymaga bardzo dokładnej znajomości zarówno wywiadów, jak i obecnego stanu chorego. Ma ono na celu: 1) usunięcie histerycznych objawów, 2) wywarcie dodatniego wpływu na psychopatyczną konstytucyę chorego. Najważniejszą metodą leczniczą przy daleko idącej indywidualizacyi jest psychoterapia; mniejsze znaczenie ma elektroterapia, jako pewien rodzaj działania suggestyi; hypnoza czasem nawet jest szkodliwa. Często trzeba uwagę chorego odwrócić od objawów chorobowych, zmuszając go jednocześnie do odruchowych ruchów porażonych histerycznie kończyn. Leczenie rzadko ma skutek prawie natychmiastowy, częściej wymaga długiego czasu. Wyniki dodatnie u jednych chorych wywierają drogą psychicznej infekcyi zbawienny nieraz wpływ na innych chorych. Gdzie metody łagodne zawodzą, uciekać się trzeba nieraz do metod, dla chorego bardzo przykrych (odosobnienie, przeniesienie na oddział dla niespokojnych umysłowo chorych, prądy faradyczne znacznego stopnia i t. p.). Żadna z bardzo wielu metod leczenia nie ma działania swoistego, są one niejako vehiculum, na którem czynnik psychiczny w formie suggestyi lub autosuggestyi dostaje się do chorej duszy histeryka. Przytem usuwa się tylko objawy, histeryi jednak, jako wrodzonego stanu patologicznego, nie usuwa się. Chorzy jednak odzyskują już przez samo usunięcie objawów zdolność do pracy. Aby utrwalić wynik leczenia, konieczne jest leczenie następowe w formie zajmowania chorych n. p. pracą fizyczną i t. d. Co do zdolności do służby wojskowej, to wielu chorych staje się zdolnymi do służby pomocniczej, a nawet frontowej, część z powodu psychopatycznej konstytucyi musi być uznana za niezdolną do żadnej służby wojskowej. (Wykład ten będzie w oryginale ogłoszony drukiem).

Po wykładzie przedstawił prelegent około 20 chorych wyleczonych, pokazując równocześnie zapomocą zdjęć kinematograficznych ich stan przy przyjęciu do kliniki.

Z powodu spóźnionej pory (8 h 45) odłożono dyskusyę do następnego zebrania.

Zastępca sekretarza dorocznego: Dr Michejda.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Komisya Towarzystwa lekarskiego krakowskiego prosi wszystkich Kolegów o przyspieszenie odpowiedzi na kwestyonaryusz w sprawie pojawiania się i częstości wśród ludności cywilnej (dorosłych i dzieci) zboczeń chorobowych, zawisłych od niedostatecznego lub nieodpowiedniego pożywienia.

Wstępna ankieta w tej sprawie w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 9. V. b. r. wykazała konieczność zebrania wiadomości z większego obszaru i ile możności w cyfrach.

Komisya uprasza wszystkich Kolegów, którzy zboczenia

takie spostrzegali, o przesłanie swych spostrzeżeń niezwłocznie pod adresem: Towarzystwo lekarskie, Kraków, ul. Radziwiłłowska 4. — Ile możności pożądane jest podanie liczby przypadków w cyfrach bezwzględnych i procentowych, i to porównawczo z pierwszego kwartału roku 1914, oraz tegoż kwartału r. 1916 i tegoż kwartału r. 1917.

Chodzi o następujące sprawy: 1) Zaburzenia trawienia (nieżyty, zatrucia, żółtaczka niezakaźna i t. p.; stan zębów i jamy ustnej). 2) Zaburzenia odżywcze ogólne (niedokrwistość, wychudzenie, skazy; cierpienia skórne; zboczenia nerwowe). 3) Puchlina głodowa (czy ze zwolnieniem tętna, czy były zmiany w zakresie nerwów obwodowych). 4) Częstość i przebieg gruźlicy i zołzów. 5) Obecne warunki sztucznego żywienia osesków i wpływ ich na stan zdrowotny. 6) Kurza ślepota z wycieńczenia (hemeralopia ex inanitione; czy ze zeskórnieniem [xerosis] spojówki). 7) Częstość i przebieg zaćmy (cataracta). 8) Częstość rozmięknienia rogówki (keratomalacia) u dzieci. 9) Zboczenia miesiączki (amenorrhoea ex inanitione). 10) Czy nie zauważono innych jeszcze zboczeń i jakie? 11) Jakim przyczynom należy przypisać spostrzegane zboczenia (niedostateczne pożywienie, gorsza jakość, surogaty, trujące dodatki). 12) Wpływ na śmiertelność.

Do komisyi należą kol.: Blassberg, Bier, Ciechanowski, Latkowski, Lang, Majewski, Marcisiewicz, Nitsch, Schneider, Zubrzycki.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 6. VI. b. r. posiedzenie, na którem prof. Kader przedstawił chorych ze swej kliniki, poczem odbył się ciąg dalszy narad w sprawie gruźlicy, rozpoczęty referatem doc. Dr Janiszewskiego. W dyskusyi uczestniczyli kol. prof. Ciechanowski, Kader, dyr. Lang, Dr Michałowicz i doc. Janiszewski, poczem uchwalono wnioski referentów.

Następne posiedzenie odbędzie się we środę d. 13. VI. b. r.

— Wydział lekarski krakowski habilitował Dr Karola Brudzewskiego na docenta okulistyki.

— Prof. Dr Wachholz ukończył opracowanie nowego podręcznika medycyny sądowej.

— W najbliższym czasie wyjdzie z druku nakładem Akademii Umiejętności drugie wydanie I Tomu »Anatomii człowieka« ś. p. prof. Bochenka. W wydaniu tem przerobione zostało według obecnie przyjętych zasad słownictwo przez prof. Dr Ciechanowskiego, który też nowe wydanie prowadził.

— Na tablicę pamiątkową ś. p. doc. Dr Droby złożyli w dalszym ciągu w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«: prym. radca Dr Krokiewicz 10 kor., prof. Dr Krzyształowicz 28 kor.

— Budowa miejskich zakładów sanitarnych na Prądniku białym dobiega końca. W zakładach tych ma być m. i. urządzone sanatoryum dla chorych na gruźlicę, w którem na razie ma być pomieszczonych 86 żołnierzy kosztem Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami.

— Izba lekarska podaje do wiadomości następującą odezwę do ludności kraju:

Jego Cesarsko-Królewska Mość Cesarz Karol I. raczył wystosować do Pana Ministra Skarbu następujący telegram: »Przyjąłem do wiadomości sprawozdanie Pańskie o przygotowaniach do VI. pożyczki wojennej. Myśląc z wdzięcznością o nadzwyczajnym udziale wszystkich posiadających warstw ludności w dotychczasowych pożyczkach wojennych, wyrażam nadzieję, że kapitał austryacki i szerokie koła publiczności, gromadzące swe oszczędności, w obecnym, nadzwyczaj ważnym dla zakończenia wojny okresie złożą ponownie w całej pełni dowód naszej niezłomnej siły finansowej i niezachwianej naszej stanowczości. Ja sam subskrybuję 12 milionów na VI. pożyczkę wojenną. — Karol w. r.«.

Podając do powszechnej wiadomości z najżywszą radością ten wyraz podzięki Monarszej dla ludności z powodu jej udziału w poprzednich pożyczkach wojennych, żywię niezawodną ufność, że cała ludność kraju działając w myśl intencyi Najjaśniejszego Pana, wyrażonej w dalszym tekscie telegramu, w niezmniejszo-

nem poczuciu obowiązku względem Państwa i świadoma ważności obecnej chwili, przystąpi jak najliczniej do otwartej z dniem 10. maja subskrypcyi VI. pożyczki wojennej. C. k. Namiestnik: Huyn G. K.

Lwów. Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza: »Wskutek powołania wielu lekarzy do czynnej służby wojskowej, zostały czasowo opróżnione zajmowane przez nich posady w publicznej służbie zdrowia, jak posady lekarzy okręgowych, miejskich, Kas chorych i t. d. Izba lekarska zwraca uwagę lekarzy, starających się o opróżnione w ten sposób posady, że obejmowanie ich dopuszczalne jest tylko zastępczo t. j. na czas służby wojskowej odnośnych lekarzy. Objęcie takiej posady w charakterze stałym, musiałaby Izba uważać za niewłaściwe i przeciw obejmującym je postąpić w myśl przepisów. We Lwowie, dnia 2. czerwca 1917. Prezydent Izby: Dr Papée«.

Warszawa. Kursa dla lekarzy urzędowych polskich otwarto 1. VI. w Uniwersytecie warszawskim w obecności przedstawicieli Rady Stanu, Rady miejskiej, Uniwersytetu i rządów okupacyjnych. Kursa otworzył przemową niemiecką Dr Frey, radca lekarski generałgubernatorstwa warszawskiego, poczem przemawiał dyrektor Departamentu spraw wewn. Rady Stanu p. Łempicki i Rektor Uniwersytetu prof. Brudziński.

— Wydział szpitalnictwa m. Warszawy urządza 15. VI. jednodniowy spis znajdujących się w szpitalach i ambulatoryach chorych na dur brzuszny i plamisty, gruźlicę, cierpienia na tle wyniszczenia (puchlina i t. p.), wreszcie świerzb i wszawicę. (Gaz. lek. 22).

— Na zarządzenie policyi mają być w ciągu lata b. r. w Warszawie zaszczepione krowianką wszystkie osoby, nie szczepione w ciągu 2 lat ostatnich.

Lublin. Lubelskie Towarzystwo walki z gruźlicą liczyło w r. 1916 (siódmym istnienia) 219 członków, utrzymywało od r. 1911 przychodnię, kierowaną zrazu przez Dr Wąsowskiego, a obecnie przez Dr Garbaczewskiego, pod której opieką znajdowało się dotychczas 596 osób, oraz kolonię letnią w Krasieninie dla 75 dzieci zagrożonych gruźlicą. Dochody Towarzystwa wynosiły w r. 1916 rb. 3836, wydatki rb. 3691, fundusz na budowę sanatoryum doszedł rb. 13.273'50, a kapitał zapasowy rb. 1862. Przewodniczącą Towarzystwa jest p. Róża Mączewska, która wspólnie z Dr Kiełczewskim założyła Towarzystwo.

Z różnych stron. Faktem pierwszorzędnej doniosłości jest utworzenie austryackiego ministerstwa zdrowotności publicznej i opieki społecznej, pierwszego w Europie zachodniej. Powstaje ono na zasadzie pisma odręcznego Cesarza Karola, »aby wedle możności zapobiedz ubytkowi siły populacyjnej, wywołanemu przez długą wojnę«. Zakres działania ministerstwa obejmuje oprócz spraw zdrowia publicznego, zwalczania zaraz wojennych i opieki nad ofiarami wojny, całe pole higieny społecznej, opiekę nad młodzieżą, kwestyę mieszkaniową i ubezpieczenia społeczne. Zakres ten oznaczy dokładniej ustawa, która będzie przedłożona parlamentowi. Pracami około niej kieruje b. minister Bärnreiter.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie Lubelskiego Towarzystwa walki z gruźlicą za r. 1916. (Lublin 1917).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 13. czerwca** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym odczyt prof. Dr Wachholza: Z sądowolekarskich zagadnień seksualnych.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 24. Kraków, 16. czerwca 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_3$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 16. czerwca 1917. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi nad t. zw. zapaleniem wrzodziejącem kiszki grubej

(Colitis ulcerosa, Colitis gravis, Colitis chronica purulenta) i stosunkiem tego cierpienia do czerwonki (dysenteria)

podał

Antoni Gluziński.

Między przewlekłemi zapalnemi cierpieniami kiszki grubej starano się wyróżnić odrębną etyologicznie postać, którą nazwano Colitis ulcerosa, Colitis gravis (Rosenheim), Colitis chronica purulenta (A. Schmidt).

Zwrócili na nią uwagę przeważnie chirurdzy (Durante, Mayo, Robson), którzy w leczeniu tego cierpienia uciekali się do zabiegu chirurgicznego, wytwarzając odbyt sztuczny w rozmaitej wysokości kiszki grubej, zależnie od rozległości zmiany, przepłukując chore części od góry i od dołu, a zamykając w nielicznych pomyślnie przebiegających przypadkach sztuczny otwór po wygojeniu sprawy w jelicie.

Nehrkorn [1]) (1903) zebrał operowanych w ten sposób 30 przypadków. Przeglądając jednak przytoczone przez niego historye choroby widzi się, że pomieszczono tu rozmaite znane nam stany chorobowe, jak przypadki czerwonki przewlekłej (colitis membranacea) i t. d. Nie dość na tem, bo, czytając historye choroby przypadków, wyodrębnionych przez zawodowych specyalistów (n. p. Boas [2]), Rosenheim [3]), Schmidt [4]) i t. d.), mających udowadniać odrębną, nieznaną etyologicznie postać chorobową jelita grubego, widzi się, że obraz kliniczny tych przypadków odpowiadałby ciężkiej, przewlekłej z zaostrzeniami od czasu do czasu przebiegającej czerwonce z tą tylko cechą, że mimo poszukiwań w przypadkach tych nie znaleziono w stolcach ani właściwych ameb, ani prątków czerwonki, a tylko obfitą nieraz zwykłą florę jelitową.

To też podnosząc cechę swoich przypadków, odróżniającą je od czerwonki, mówi Rosenheim: »Wir haben in den vorher geschilderten vier Fällen mit schweren Colitiden zu tun, die sich von Dysenterie durch das Ergebniss der bakteriologischen Untersuchung abgrenzen lassen...«. To samo mówi A. Schmidt w dziele swojem: Klinik der Darmkrankheiten str. 341 w zdaniu: »Was den bakteriologischen Befund betrifft, so fehlen die specifischen Erreger der Dysenterie (Amoeben und Dysenterie-bacillen) in allen typischen Fällen. Wo sie vorhanden sind, handelt es sich eben nicht mehr um Colitis gravis sive ulcerosa sondern um Dysenterie«.

A więc tylko ujemny wynik badania bakteryologicznego uprawniałby do rozpoznania wrzodziejącego zapalenia okrężnicy (colitis ulcerosa, gravis, purulenta) jako odrębnej choroby, bo obraz kliniczny cierpienia odpowiada zupełnie czerwonce tak co do objawów ze strony jelita grubego, jak i ze strony jamy brzusznej i stanu ogólnego, jak nieraz i następstw i powikłań tych samych, co przy czerwonce (zajęcie stawów, zakrzepy w żyłach kończyn dolnych, zwłaszcza lewej, zapalenie osierdzia, wsierdzia, zwężenia jelit i t. d.), które znajdujemy także nieraz opisane w ogłoszonych dotąd przypadkach.

Uwagi moje nad tą sprawą i zapatrywanie podam na końcu, przytoczywszy historyę choroby przypadku, który dał powód do tego ogłoszenia i rozpatrzenia sprawy.

W dniu 10 października 1913 r. przyjęto do kliniki chorą Maryę M., l. 23 liczącą, zamężną, matkę jednego dziecka.

Wywiady; Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można. Między 7 a 8 rokiem życia odra. Mając lat 11, zapadła M. na »blednicę« przestała chodzić do szkoły, po 2 latach, z chwilą wystąpienia miesiączkowania, stan ten minął. Od tego czasu miesiączka z małemi wahaniami odbywała się prawidłowo.

W 18 roku życia zaczęły się zjawiać mniej więcej co tydzień boleści w całym brzuchu, ściśle nie umiejscowione, o charakterze kurczowym, trwające kilka godzin, zmuszające chorą do położenia się na ten czas do łóżka. Boleści te zjawiały się nagle i nagle ustępowały. W 20 roku życia wyszła za mąż, po 3 miesiącach zaszła w ciążę, w czasie której od czasu do czasu występowały napady wspomnianych bólów w brzuchu, pojawiły się wymioty (vomitus gravidarum), stolce często zaparte. Poród i połóg prawidłowy. Dziecko zdrowe, chowa się dobrze.

Obecna choroba rozpoczęła się w maju 1912 r., a więc przed $1^1/_2$ roku, biegunką z domieszką śluzu, a następnie krwi, parciem na stolec; lekarz zawezwany rozpoznał czerwonkę.

Choroba mimo leczenia i przestrzegania dyety trwa do obecnej chwili jużto łagodniejąc, jużto występując w ostrzejszej postaci. Tych zaostrzeń, które przebiegają z gorączkami, a trwających po kilkanaście tygodni było dotychczas trzy. Ostatnie takie zaostrzenie, z którem właśnie zgłasza się chora do kliniki, trwa od 7 tygodni. Biegunka występuje 5—6 razy dziennie ze śluzem i krwią, stolce silnie cuchnące, a byłyby daleko częstsze wobec parcia, gdyby chora nie wstrzymywała się z oddawaniem stolca. Przez czas choroby utraciła chora na wadze 9 klg., czuje się bardzo osłabioną, przeważnie leży. Usposobienie ma swobodne, spokojne i nie skarży się na żadne przypadłości o charakterze nerwowym.

Obecnie jest w 3 miesiącu ciąży.

Stan obecny: Chora o odżywieniu podupadłem, skórze i widocznych błonach śluzowych bladych. Narząd oddechowy i krążenia bez zmian, tylko tętno przyspieszone 120 na minutę, małe, miękkie. Brzuch lekko wzdęty, przy obmacywaniu bolesny wzdłuż okrężnicy poprzecznej i zstępującej, najtkliwszy w okolicy pętli esowatej. Głębsze obmacanie wykazuje, że tkliwe części są lepiej macalne, niż zwykle, jakby zgrubiałe. Odgłos opukowy wszędzie jawny, bębenkowy. Wątroba i śledziona pra-

[1]) Mittheilungen aus der Grenzgeb. etc. 1903, tom 12, str. 372.
[2]) Deut. m. Woch. 1903, Nr 11.
[3]) Deut. m. Woch. 1908, Nr 7 i 8.
[4]) Klinik der Darmkrankheiten.

widłowa, nerka prawa daje się lekko wymacać, niebolesna. Gruczoły limfatyczne nigdzie nie powiększone. Odruchy kolanowe prawidłowe. Obrzęków na kończynach dolnych niema. Badanie ginekologiczne wykazuje ciążę 3-miesięczną. Palec wprowadzony do kiszki stolcowej wykazuje tylko obrzmienie błony śluzowej; palec powalany śluzem i krwią. Wprowadzenie rektoskopu bolesne, z trudnością wykonane, wykazuje błonę śluzową obrzękłą, rozpulchnioną, żywoczerwoną, całe pole widzenia zalewa się krwią; w głębokości 6 i 8 cm owrzodzenia wielkości fasoli, których dno pokryte szarymi złogami; z dna tych owrzodzeń wzięto treść do badań bakteryologicznych. Mocz o c. gat. 1·019, kwaśny, bez białka, chlorki prawidłowe, aceton obecny. Stolce przy próbnej dyecie mięsnej 5—6 razy dnia, półpłynne, w ilości jednorazowej 150—200 cm^3, lepkie, ciągnące się, zawierające sporo śluzu i smug białożółtych (ropnych), zmieszane z krwią, silnie cuchnące. Pod mikroskopem wykazano: a) obok mas bezpostaciowych bardzo małą ilość włókien mięsnych o słabo zachowanem prążkowaniu, dużo pustych komórek kartofli, dosyć obfitą ilość tłuszczu pod postacią grudek (mydła), częściowo zaś igieł lub kropli (obojętne); b) dużą ilość ciałek czerwonych krwi dobrze zachowanych, dużą ilość ciałek wysiękowych; c) tu i ówdzie kryształki fosforanu amonowomagnowego; d) w preparacie zabarwionym jodem spostrzega się miejscami znaczną ilość clostridium butyricum. Ziarenek skrobi niema; e) badanie co do prątków gruźliczych, ameb i prątków dysenterycznych z wynikiem ujemnym. W treści wziętej z dna owrzodzeń również nie wykazano żadnych tworów swoistych, a wyrosły tylko czyste kolonie prątków okrężnicy.

Badanie krwi tak się przedstawiało: ciałek czerwonych 2,800.000; ciałek białych 9.300, z których 71·5% neutrof., 3·5% eozynof., 19·5% limfocytów małych, 5% limfoc. dużych, 0·5% tucznych. Ciepłota w dniu przyjęcia wahała się między 36·8° a 37·5° C.

Nie ulegało wątpliwości, na zasadzie objawów podmiotowych i przedmiotowych, że chodzi tu o długotrwałe cierpienie jelita grubego, a właściwie jego błony śluzowej, której zmiany, polegające na silnem przekrwieniu, zgrubieniu błony śluzowej i owrzodzeniach, widzieliśmy naocznie przy badaniu rektoskopem. Zmiana ta rozpoczynała się od samej odbytnicy, wybitną być musiała na wysokości pętli esowatej, sądząc z największej w tem miejscu bolesności przy obmacywaniu, a sięgać musiała dość wysoko (okrężnica zstępująca i poprzeczna) wobec tkliwości i zgrubienia jelita na tej rozciągłości. Anatomicznie mieliśmy bezsprzecznie przewlekłe zapalenie błony śluzowej jelita grubego, połączone z owrzodzeniem (colitis ulcerosa). Chodziło o tło, na którem rozwinęła się ta sprawa, trwająca już 1½ roku, a podkopująca tak silnie ustrój chorej. Owrzodzenia i zajęcie błony śluzowej na tle gruźliczem (obraz zmiany, przebieg, ujemne badanie bakteryologiczne), wiewiórowem, kiłowem, można było stanowczo wyłączyć. Obraz cały schorzenia odpowiadał przewlekłej czerwonce, trwającej już 1½ roku, z zaostrzeniem, z którem zgłosiła się chora do kliniki. Ujemny jednak wynik badania bakteryologicznego nietylko tuż po przyjęciu do kliniki, ale kilkakrotnie podjęty wśród dalszej obserwacyi nietylko w pracowni mojej kliniki, ale dla kontroli także i w Zakładzie higieny prof. Kučery, kazał umieścić przypadek ten w rzędzie tych, które nazwano »Colitis gravis, ulcerosa«, jak to wyżej wspomniałem, o nieznanej jeszcze etyologicznej podstawie.

Jeżeli już z tego powodu przypadek ten zasługuje na baczniejszą uwagę — to dalszy przebieg, który poniżej w krótkości skreślę, usprawiedliwia jego rozpatrzenie.

W pierwszych tygodniach pobytu chorej w klinice stan się stale pogarszał mimo leczenia, polegającego na oczyszczaniu jelit kalomelem, olejem rącznikowym, przepłukiwaniu jelit letnim rozczynem fizyologicznym NaCl, następnie azotanem srebrowym 1:3000, 0·5% rozczynem tanniny i t. d. Parcia i rozwolnienia o charakterze wyżej wymienionym w ilości 5—11 dziennie trwały stale, siły podupadały, tętno stawało się coraz szybsze (120—130 na minutę) i coraz słabsze, a ciepłota stawała się coraz wyższą, dochodząc wieczorem do 38·6° C.

Wychodząc z założenia, że wśród takich warunków rozwijająca się ciąża stan pogarsza i jest dla chorej groźną, za zgodą chorej, jej męża i konsyliaryusza prof. Marsa przenieśliśmy chorą do kliniki położniczej w dniu 10. listopada 1913, gdzie wśród tych niepomyślnych warunków, przy ciepłocie, która w ostatnich dniach przybrała charakter gorączki ropnej przerywanej (rano 36·8° C., wieczór 39° C.) dokonano poronienia przez wyskrobanie macicy.

Po 8 dniach pobytu w klinice położniczej chora powróciła do kliniki mojej w stanie strasznego osłabienia.

Ciepłota z torem przerywanym dochodziła do 40° C. wieczorem, tętno wahało się między 130 a 160 na minutę, chora ruszyć się nie mogła, bo popadała w omdlenie i dostawała wymiotów. Łaknienie zniesione zupełnie, a przypadłości jelitowe trwają dalej.

O stanie chorej i stopniu niedokrwistości świadczy też i rozbiór krwi, który dokonany w dniu 21. XI. wykazywał c. czerwonych 1,740.000, Hb 24, wskaźnik c. cz. 0·8, c. białych 8·100, a z tych neutrof. 84%, eozynof. 0·5%, limfoc. małych 14·5%, limfoc. dużych 1%. Na dnie oka lewego powyżej plamki żółtej zmiany barwikowe po wybroczynach, prócz tego wiele świeżych wybroczyn.

Wstrzykiwaniami oliwy kamforowej podtrzymywaliśmy czynność serca, a dla stwierdzenia, czy wobec przebiegu ciepłoty niema ogólnego zakażenia, przeprowadziliśmy bakteryologiczne badanie krwi, by w razie dodatniego wyniku wytworzyć szczepionkę metodą Wrigtha i tę u chorej zastosować. W dniu 19. listopada 1913 wzięto krew z żyły ramiennej i zaszczepiono na płytkach agarowych i bulionie. Gdy wszystkie szczepienia pozostały jałowe, a więc myśl zastosowania w leczeniu szczepionek tą drogą otrzymanych odpadła, rozpoczęliśmy, wychodząc z założenia, że mamy nietylko cierpienie miejscowe kiszki grubej, ale i ogólne zakażenie, wstrzykiwania podskórne erytrargolu w sposób następujący: w d. 25. XI. 6 cm^3, 26. XI. 10 cm^3, 27. XI. 15 cm^3, 29. XI, 15 cm^3, 30. XI. 20 cm^3 [5]). Nie wchodząc czy »propter« czy »post hoc« stan chorej o tyle się poprawił, że ciepłota stopniowo zaczęła się obniżać, tak, że po 30. XI., w którym to dniu doszła wieczór do 39·1° C., zaczęła szybko opadać, wahając się między 36·9° C. rano, a 38·1° C. wieczorem, tętno jednak szybkie (130—140) utrzymywało się dalej, podmiotowy stan lepszy, łaknienie się budzi; stolców 5—6 dziennie papkowatych, jasnożółtych, z domieszką śluzu i krwi. Rektoskop wykazywał jednak prawie te same zmiany na błonie śluzowej odbytnicy. Przy obmacywaniu szczególnie zgrubiała i bolesna okolica pętli esowatej. Z dna owrzodzenia po oczyszczeniu zebrano jeszcze raz treść do bakteryologicznego badania. Wynik badania w kierunku czerwonki był zupełnie ujemny, wyrosła znów czysta hodowla prątka okrężnicy. Z hodowli tej, jakkolwiek krew była zupełnie jałowa, w przypuszczeniu, że cała sprawa polega może na zakażeniu prątkiem okrężnicy, poprosiłem, by w zakładzie higieny naszego Uniwersytetu przygotowano odpowiednią szczepionkę, chcąc ją zastosować w razie trwania lub pogarszania się tego stanu. Po chwilowej poprawie pogorszenie nie długo na siebie dało czekać. Z jednej strony u chorej, nadzwyczaj wyniszczonej, potworzyły się w ustach owrzodzenia i pleśniawki, które trzeba było zwalczać, bo przeszkadzały odżywianiu, z drugiej strony wystąpił w dniu 2. XII. 1913 r. silny ból w nodze lewej, a przyczyną jego było zakrzepowe zapalenie w żyle udowej lewej z następowem obrzmieniem całej kończyny, a równocześnie ból w brzuchu po stronie lewej nad więzadłem Pouparta w związku z wytworzeniem się wysięku naokoło pętli esowatej, sięgającej ku dołowi (perisigmoiditis) tak, że przy badaniu przez pochwę można było wyczuć wysięk dokładnie w miednicy małej. Ciepłota wieczorem podniosła się znowu do 39° C., a tętno wahało się między 130 a 140. Jakkolwiek przy zwykłem leczeniu (ułożenie kończyny, okład z płynu Burowa) po kilku dniach złagodniały objawy nawet i w kierunku stolców, których było 3—5 dziennie, lepiej uformowanych, z mniejszą ilością śluzu, a niekiedy zupełnie bez krwi (nawet próba benzydynowa ujemna), — nie czekając zaostrzeń, rozpoczęliśmy wstrzykiwania przygotowanej tymczasem przez prof. Kucerę szczepionki. Dokonaliśmy ich w dawce coraz silniejszej w dniach 11, 16, 21, 28 grudnia przy małym odczynie miejscowym (lekkie zaczerwienienie, obrzęk,

[5]) Wynik badania krwi pod wpływem erytrargolu był następujący: w d. 29. XI. przed wstrzyk. ciałek białych 11.300, w 2 godz. po wstrz. c. białych 15.800; w d. 30. XI. przed wstrz. c. białych 16.200, w 2 godz. po wstrz. c. białych 13.200.

mała bolesność). Objawy ze strony jelit poprawiały się coraz bardziej od 15 grudnia 1913 r., stolców 1—2 dziennie, papkowatych, jasnożółtych, z małą przymieszką śluzu, rzadko kiedy krew zawierających; kończyna powoli klęsła, ciepłota coraz niższa, tak, że mniej więcej od 10. I. 1914 r. najwyższa ciepłota wieczorem wynosiła 37·4° C., łaknienie rosło, toteż mogliśmy chorą coraz lepiej odżywiać. Pozostało jednak szybkie tętno (około 120) jednak lepiej napięte i dość znaczny wysięk koło pętli esowatej. By przyspieszyć wessanie tego wysięku, który prawdopodobnie był przyczyną wystąpienia zmiany w żyle udowej, zaczęliśmy stosować na brzuch kąpiele suchego powietrza, ogrzanego elektrycznie do 60° C., codziennie przez 2 godziny, a gdy poprawa szła coraz dalej, ciepłota już przez tygodnie wahała się między 36·6° C. rano a 37·1° C. wieczorem, wysięk ustąpił, a stolec prawie prawidłowy bywał raz dnia, przeszliśmy do coraz lepszego odżywiania, wstrzykiwania podskórnego nukleoarsitolu, łagodnego miesienia i ruchów biernych kończyną lewą. W dniu 21. lutego 1914 r., a więc po 5 miesiącach opuściła chora klinikę w stanie zupełnie zadowalniającym, przy prawidłowych bezbolesnych wypróżnieniach, a o poprawie świadczy i stan krwi, który w dniu 9. II. 1914 tak się przedstawiał: c. czerwonych 3,310.000, Hb 50%, wskaźnik 0·9; c. białych 4.800, z tych wielojądrzastych neutrof. 56·6%, eozynof. 3·2%, limfocytów małych 21·4%, dużych 0·8%, jednojądrzastych 18·6%.

Dzisiaj w $2^1/_2$ roku po opuszczeniu kliniki chora czuje się dobrze, zajmuje się gospodarstwem, stolce miewa regularne ze skłonnością do zaparcia.

Oto przebieg przypadku, który nosił wszelkie cechy kliniczne ciężkiej przewlekłej czerwonki, a który wobec tylokrotnego, z całą ścisłością przeprowadzonego badania bakteryologicznego z wynikiem ujemnym trzeba było w myśl wywodów Boasa, Rosenheima, Schmidta i t. d. nazwać »colitis gravis ulcerosa«, trzeba było zaliczyć go do tej, na tak kruchych podstawach, bo tylko na ujemnym wyniku badania bakteryologicznego opartej jednostki chorobowej.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala rezerwowego Galicyjskiego Czerwonego Krzyża we Lwowie (Pawilon II).

Siedemset ran postrzałowych.

Opisał

M. W. Herman.

Szpital rezerwowy Galicyjskiego Czerwonego Krzyża we Lwowie, otwarty 27. sierpnia 1914 r., był czynny bez przerwy, jakkolwiek zmienił się jego stosunek geograficzny do frontu bojowego. Stąd zespół rannych i chorych, tu się gromadzących, ma pewną szczególną cechę. Wyrażając się zawodowo i zwięźle, nazwałbym go »niewdzięcznym«. Nie byliśmy bowiem nigdy dość blisko frontu, aby otrzymywać rannych wprost ze stacyi opatrunkowych lub z dywizyjnych zakładów sanitarnych. I nigdy nie byliśmy o tyle odsunięci w głąb kraju, abyśmy mogli przetrzymywać aż do wyleczenia nietylko tych rannych, których wogóle transportować nie można było. Większość naszego materyału stanowili ranni, przesłani już conajmniej przez szpital polowy.

Stąd z większej liczby rannych, którzy się przesunęli przez oddział mej pieczy powierzony, wziąć mogłem pod rozwagę tylko 700. Tylu bowiem tylko w pewnym okresie czasu leczyć mogłem od początku aż do zupełnego wyzdrowienia lub innego zejścia. Zdając sprawę z tych obserwacyi do literatury odwoływać się będę jak najrzadziej, gdyż chcę właściwie dostarczyć materyału przedmiotowego do syntezy literacko-klinicznej.

W 46·5% rany były zakażone.

Najczęściej zakażenie występowało w postaci znanych z czasów przedwojennych ropowic, rzadko w jednej z odmian zakażenia odmowego (infections gazeuses), jako ropowica odmowa, zgorzel piorunująca lub obrzęk złośliwy, wyjątkowo w postaci róży lub tężca.

Badań bakteryologicznych nie przedsiębrałem. W klasyfikowaniu zakażenia kierowałem się głównie objawami klinicznymi.

Zakażenie ropne odznaczało się na ogół wielką uporczywością, jakkolwiek nie miało skłonności do uogólniania się. Jadowitość bakteryi musiała być niezwykle wysoka.

W tym czasie n. p. leczyłem dwóch chorych z zastrzałami (panaritium) okostnymi II członka kciuka. W obu zastrzał nacięto bardzo wcześnie, a potem troskliwie zmieniano opatrunki. Mimo to jeden z tych chorych umarł po kilku tygodniach wśród objawów ropnicy, z przeważnem zajęciem dużych stawów; drugi zaś życie okupił kalectwem, gdyż sprawa ropna zajęła pochewki zginaczy palców, wywołując obumarcie ścięgien.

Wysoka gorączka nie należała bynajmniej do stałych objawów tych zakażeń, owszem wielu rannych przez cały czas choroby chwilowo tylko miewało ciepłotę wyższą nad 38° C. Ten szczegół nie miał jednak wpływu na ostateczne zejście.

Stalszym objawem było szybko podupadające odżywienie. Tak bardzo wychudzonych chorych, jak tych właśnie, nie zdarzyło mi się nigdy przedtem widzieć. Wychudzeniu towarzyszyła bladość i suchość skóry.

Dalszym objawem, często się powtarzającym była uporczywa biegunka, której ani dyetą, ani znanymi środkami lekarskimi opanować nie było można. Najczęściej bez wyniku pozostała także biała glinka, podawana łyżkami. Stałym zaś towarzyszem tej septycznej biegunki był (hydremiczny) obrzęk stóp i krzyżów, gdzie już wcześniej tworzyły się rozległe i głębokie odleżyny.

Poza zmianami w ranie i jej otoczeniu wyjątkowo udawało się stwierdzić jakieś inne ogniska ropne (przerzutowe). Jedynie w dwóch przypadkach wysokiego strzaskania postrzałowego kości udowej, pojawił się w późnym okresie choroby wysięk opłucny po stronie odpowiadającej uszkodzonej kończynie. Nakłuciem próbnem wydobyłem płyn ropiasty, równie cuchnący, jak i ropa z rany. Ponieważ nagromadzaniu się wysięku opłucnego nie towarzyszyły zwykłe objawy zapalenia opłucnej, domyślam się, że w obu przypadkach zakażenie z rany przedostało się zewnątrzotrzewnie — naczyniami chłonnemi — wprost na opłucną ścienną.

Zakażenie ropne w przeważnej liczbie przypadków miało przebieg wybitnie przewlekły. Mijały miesiące, zanim chory powrócił do zdrowia lub umarł. Od czasu do czasu zaś, zdarzały się przypadki zakażenia ropnego wznawiającego się, niekiedy po bardzo długim czasie. W ostatniem spostrzeżeniu okres bezobjawowy wynosił 29 miesięcy. Zdaje się, że zakażenie wznawiające się, jest wogóle przywilejem ran, odniesionych na wojnie. Jakżeż często bowiem czytamy o »otwieraniu się« tych ran. Trochę szczegółowiej pisałem o tej sprawie już dawniej[6]).

Zakażenie odmowe widywałem we wszystkich jego głównych odmianach. Ropowicę odmową spotykaliśmy oczywiście tylko w zranieniach świeżych, dowiezionych do szpitala najpóźniej w kilkanaście godzin po wypadku. Jest to prawdopodobnie tylko początkowa postać zakażenia odmowego, która w dalszym rozwoju przechodzi w następny okres tego zakażenia t. j. zgorzel piorunującą, chyba, że przedtem zakażenie zostanie opanowane lub chory skutkiem toksemii umrze.

Stąd pochodzi, że przez rozległe nacięcia i dokładne osączkowanie szczelin międzymięśniowych, często udawało się nam opanować ropowicę, a nawet wyłuszczenie kończyny w barku lub biodrze często nie potrafiło już uratować życia chorego z rozwiniętą zgorzelą piorunującą.

Obrzęku złośliwego, sprawy uważanej przez niektórych (n. p. E. Fränkla) za etyologicznie różną od zakażenia odmowego, widziałem jeden tylko przypadek w typowej postaci. W niezbyt obrzękłej tkance podskórnej na goleni nie znalazłem ani kropli wysięku. Mięśnie, bladożółtawe, były bardzo kruche.

Jak wielu chirurgów, tak i ja zakażenie odmowe spostrzegałem jedynie po postrzałach kończyn, zwłaszcza ud, skąd niekiedy rozszerzało się ono i na tułów. Z ran szyi, głowy i dłoni (palców) zakażenie w tej postaci nigdy nie wyszło.

Róży widziałem kilka przypadków. Sądzę, że stosunkowo

---

[6]) Cf. Przegląd lekarski 1916.

mało. Jeden chory, wyniszczony kilkumiesięcznem ropieniem uda, zapadłszy na różę, umarł. Inni zdrowieli bez powikłań. Najczęściej nacieraliśmy skórę zmienioną kamfofenolem Chlumskyego. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa leczenie to skracało trwanie choroby.

Tężca widziałem 9 przypadków: 6 po ranach postrzałowych kończyn dolnych, 1 po postrzale barku, 1 po postrzale części płciowych, a 1 po odmrożeniu III stopnia obu stóp. Zauważyłem, że mimo stosunkowo długi okres wylęgania, przebieg tężca był najczęściej bardzo ostry. Siedmiu chorych zmarło w pierwszej lub drugiej dobie choroby. W jednym przewlekłym przypadku zejście śmiertelne nastąpiło dopiero po dwóch tygodniach. Tylko jeden chory z tężcem ostrym wyzdrowiał. W przypadku tym tężec wystąpił po strzaskaniu postrzałowem kości stępu. Skoro tylko zauważyłem szczękościsk, namówiłem chorego na nizkie odjęcie goleni, wskazane cuchnącem zropieniem stawów stępu, poczem zaleciłem wstrzykiwania dużych dawek surowicy przeciwtężcowej — po 100—200 AE na dawkę. Razem spotrzebowaliśmy 1640 AE = 82 dawkom zapobiegawczym, licząc każdą po 20 AE. Chory wyzdrowiał w niespełna dwa tygodnie. Z dokładnej obserwacyi tego chorego takie odniosłem wrażenie, że w przyszłości w każdym przypadku tężca stosowałbym surowicę antytoksyczną, ale zawsze w bardzo dużych dawkach. Wobec grozy cierpienia i bezsilności innych sposobów leczenia tężca sądzę, że bezwzględny sceptycyzm w stosunku do surowicy przeciwtężcowej jest nieuzasadniony.

Pozostałe przypadki tężca leczyliśmy małemi dawkami surowicy, 3% rozczynem karbolu w oliwie, 25% rozczynem siarkanu magnowego, nigdy jednak nie zauważyliśmy choćby kojącego wpływu na objawy tego zakażenia.

Skąd tak duża, wprost nieoczekiwana odsetka ran postrzałowych zakażonych?

Na podstawie dokładniejszej obserwacyi na wstępie wspomnianej liczby rannych doszedłem już dawno do wniosku, zgodnego z wnioskami innych chirurgów, że dwie są tego przyczyny:

1) niestosunkowo wielka ilość zranień pociskami armatnimi, t. j. kulami wypełniającymi szrapnele i okruchami z granatów, bomb, min i t. p.,

2) dalekie transporty rannych, zwłaszcza ze złamaniami postrzałowemi kończyn dolnych.

Rany, zadane pociskami armatnimi, są często pierwotnie zakażone, rany karabinowe zaś, pierwotnie jałowe, ulegają w odpowiednich warunkach zakażeniu wtórnemu. Pochodzi to nie tyle stąd, iż zranienie pierwsze, wskutek większego kalibru pocisku, ich łatwiejszemu zniekształceniu się lub zgoła nieregularnemu kształtowi, więcej mają na ścianach tkanki zgniecionej, biernie ulegającej wpływom bakteryi, — w przeciwieństwie do ran karabinowych, mających wszelkie cechy ran kłutych —, ile stąd — iż w ranach pierwszych prawie zawsze znajdujemy strzępy sukna, wyrwane przez pocisk z munduru i w ranie, jako pocisk wtórorzędny, zostawione. Strzępy te, przeładowane prochem ziemi i pasorzytującemi w niej bakteryami, jakby w eksperymencie wszczepione zostają w ranę (infectio per implantationem). Natomiast stalowy, wydłużony pocisk karabinowy przesuwa się poprzez utkanie munduru, nie porywając za sobą strzępów.

Chyba, że pocisk stożkowaty w drodze do celu odwróci się i trafi w cel podstawą — nie szczytem. Parę przypadków ślepych postrzałów dłoni, w których znalazłem pocisk karabinowy odwrócony, tkwiący między kośćmi śródręcza, pouczyło mnie, że ten obrót dokonuje się, zanim pocisk wejdzie w tkanki, a nie, jak niektórzy mniemali, już po wejściu w tkanki.

Zaznaczony zaś już raz szczegół, że postrzały nieosłoniętych okolic ciała wyjątkowo tylko ulegają złośliwemu zakażeniu beztlenowcami, dowodzi, jak ważną rolę w zakażaniu ran postrzałowych odgrywają pociski wtórorzędne.

Sam pocisk karabinowy, tem bardziej zaś kule ze szrapnelu, uważać możemy za jałowe. Jeżeli na powierzchni ich zdarzą się jakie bakterye chorobotwórcze, to tylko przypadkowo, i to — z powodu braku nawet koniecznej wilgoci — mało jadowite.

Znaną jest łatwość, z jaką pociski karabinowe wgajają się w tkanki. Pouczające były dla mnie dwa przypadki ślepych postrzałów kolana. Pocisk karabinowy pozostawał w stawie 6 względnie 8 dni, wywołując jedynie nieżytowe podrażnienie stawu. Podrażnienie to ustąpiło bez śladu po wyjęciu pocisków.

W przeciwieństwie do karabinowych, kule ze szrapnela wywołują w tkankach prawie zawsze ropienie, wskutek tego, że prawie zawsze unoszą na sobie rozmaite pociski wtórorzędne, zwłaszcza wspomniane już, strzępy munduru.

Rozważając wpływ transportu na zakażenie ran postrzałowych, podkreślić przedewszystkiem należy pewien szczegół ujemny. Doświadczenie poucza, że bardzo wiele niepowikłanych zranień karabinowych, bez względu na warunki transportu, a niemało zranień karabinowych, a nawet szrapnelowych, powikłanych strzaskaniem kości, w razie korzystnych warunków transportowych pozostaje jałowych, o ile naturalnie ubezpieczone zostaną odpowiednimi opatrunkami ustalającymi i osłaniającymi od zakażenia wtórnego.

Wszyscy dziś wiemy, co rozumieć należy przez »korzystny« i »niekorzystny« transport.

Od września do listopada 1914 r. miałem oddział założony ciężko rannymi, których w drodze na wschód wysadzano we Lwowie, w przekonaniu, że dalsza podróż połączonąby była z wielką szkodą dla nich. Zanim jednak ci ranni dotarli do Lwowa, pozostawali nierzadko 8 dni w drodze. I mimo dobre na ogół opatrunki, ranni znajdowali się w stanie rozpaczliwym. Przechodząc przez sale, łatwo wyobrazić sobie mogłem, jak wyglądały lazarety wojenne w czasach n. p. wojen Napoleońskich.

W tym okresie przyjęliśmy 147 ciężko rannych. U 24, t. j. w 16·3% ogólnej liczby rannych, a w 22% ranionych w kończyny, musieliśmy przystąpić do wycięcia stawu lub do odjęcia lub wyłuszczenia kończyny. Mimo to zmarło 34 rannych, t. j. 23·1%.

W tym samym mniej więcej czasie nie lepiej działo się w niektórych lazaretach nawet frontu zachodniego. »Manche Lazarette erinnerten mit ihren schweren, jauchevollen Wunden an die fast vergessene Zeit des Hospitalbrandes«[2]).

Temu okresowi przeciwstawić mogę również trzymiesięczny okres z r. 1915 (od 22. VI. do 22. IX.). Wówczas front bojowy znajdował się w niedalekiej odległości na wschód od Lwowa. Ciężko ranni, zaopatrzeni w odpowiednie opatrunki, już w kilkanaście godzin po zranieniu dostawali się do szpitala etapowego, gdzie pozostawali aż do wyleczenia, lub też odzyskania zdolności do transportu. Bardziej powikłane zranienia goiły się dziwnie gładko.

W tym drugim okresie przyjęliśmy 212 rannych. U 6, (t. j. w 2·8% ogólnej liczby przyjętych, względnie 4·1% ranionych w kończyny), zmuszeni byliśmy wykonać resekcyę, amputacyę, lub wyłuszczenie w stawie. Zmarło zaś 13 t. j. 6·2%.

Wiadomo, że transport wpływa niekorzystnie na każde ciężkie zranienia, najniekorzystniej jednak na złamania postrzałowe. Najidealniejszy opatrunek ustalający — gipsowy — i najlepszy opatrunek szynowy (n. p. zaimprowizowany z szyn Cramera) nie może unieruchomić kości złamanej, otoczonej zewsząd mięśniami. Mięśnie prawidłowe zawierają tyle wody, że uważane być mogą za ciało półpłynne. Jeszcze więcej zawierają jej mięśnie obrzękłe skutkiem urazu i rozpoczynającego się zakażenia. Mimo ustalenia kończyny odłamki kostne w tej napół płynnej masie przesuwają się obok siebie i niby koła trybowe miażdżą tkankę, która się pomiędzy nie zakleszczy. Zmiażdżona zaś tkanka stanowi doskonałą pożywkę dla nielicznych bakteryi ropnych, znajdujących się w każdej, najczystszej (klini-

[2]) Sauerbruch: Kriegschirurgische Erfahrungen. Berlin, Springer, 1916.

cznie) nawet ranie postrzałowej, na której bakterye rozmnażają się, zyskują równocześnie na jadowitości i wraz z którą wtarte zostają w głębsze warstwy tkanek.

Tak pojmując główne przyczyny zakażenia ran postrzałowych, możemy — teoretycznie — mówić nawet o zapobieganiu zakażenia. Gdyby mundury żołnierzy tkane były z włókien elastycznych i wytrzymałych, pocisk raczej rozsuwałby je i rozrywał, a nie wyrywałby całych strzępów. W następstwie mniej dostawałoby się do ran pocisków »wtórorzędnych«, przeprzeładowanych bakteryami.

Gdyby zaś każdy ciężko ranny żołnierz przechodził n. p. w szpitalu polowym pod opiekę służby sanitarnej państw neutralnych (względnie służby lekarskiej międzypaństwowej), nie trzebaby szpitali polowych w potrzebie ewakuować aż do dna, lecz możnaby rannego pozostawić na miejscu, do czasu ziarnienia rany i wtedy dopiero na najkrótszej drodze odstawić go w głąb kraju ojczystego.

Pomijając na razie zmiany anatomiczne, leczymy rany jałowe inaczej, a inaczej zakażone.

Często jałowe rany postrzałowe karabinowe, zwłaszcza gdy niepowikłane, pozostają i nadal »noli me tangere«. Natomiast wszystkie inne postrzały podejrzewać należy o zakażenie i odpowiednio traktować.

Z dawniejszych i nowszych doświadczeń (Friedricha, C. Brunnera[3]) i i.) wynika, iż przez pierwszych 6—8 godzin po wprowadzeniu bakteryi do rany zakażenie jest sprawą miejscową i powierzchowną. Twierdzeniu temu nie sprzeciwiają się spostrzeżenia kliniczne. Objawy ogólne zakażenia występować zwykły dopiero w 12 godzin po zranieniu.

Zatem próby odkażania świeżych ran na drodze chemicznej lub mechanicznej są zupełnie usprawiedliwione.

Zdaje się, że z tamtej strony frontu stosowane bywają w tym celu przeważnie środki chemiczne (nalewka jodowa, płyn Dakina), z tej zaś strony głównie środki mechaniczne. Rany zakażone, zwłaszcza zadane odłamkami granatów, są w pierwszych godzinach jakgdyby omdlałe: martwe, suche, niebroczące. Aby odkazić, trzeba je ożywić, całą powierzchnię odświeżyć ścinając warstwy powierzchowne mało broczące, aż do warstw dobrze ukrwionych. Ci, którzy metodę tę stosowali systematycznie, zapewniają, że jest to najpewniejszy i najlepszy środek zapobiegający zakażeniu odmowemu i tężcowemu.

Rzadko jednak lekarze — nawet w szpitalach polowych — mają sposobność opatrywania rany w pierwszych godzinach po jej powstaniu. W późniejszych okresach zaś, owe energiczne chemiczne i mechaniczne środki odkażające raczej szkodzą, niż pomagają. Żadnym bowiem sposobem nie możemy dosięgnąć tych bakteryi, które tymczasem zdołały już wtargnąć głęboko, w śródtkankowe szczeliny limfatyczne. Każdy zaś z tych środków i sposobów obniża odporność życiową tkanek i pośrednio ułatwia nawet szerzenie się zakażenia. W tym późnym okresie najważniejszem jest usunięcie warunków mechanicznych, ułatwiających dalsze wkraczanie bakteryi w głąb.

Po usunięciu z powierzchni rany wszystkich strzępów obumarłych i ciał obcych, należy ją dokładnie zbadać, aby 1) stwierdzić kierunek kanału postrzałowego, zmieniony skutkiem obrzęku mięśni, często z rany (z wylotu postrzału) w postaci grzyba wypadających, 2) wykryć zaułki i 3) przypadkowe ciała obce. Wobec tych wymagań najlepszym zgłębnikiem jest palec.

Po rozszerzeniu wlotu i wylotu postrzału, odsłonięciu zaułków i usunięciu ciał obcych, do których zaliczamy także zupełnie wolne odłamki kostne, przemywamy ranę jakimkolwiek płynem aseptycznym lub przeciwgnilnym i dokładnie sondujemy drenami gumowymi, przeciągniętymi o ile możności na przestrzał. Pozostałą część jamy wypełniamy luźnie gazą przeciwgnilną. Nie chodzi zaś nam bynajmniej o odkażenie rany we właściwem tego słowa znaczeniu, — uważamy to bowiem, jak to wyżej wytłumaczyliśmy, za rzecz w tym okresie zakażenia niewykonalną, lecz raczej o powstrzymanie rozwoju bakteryi w wydzielinie rany i jej rozkładu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[3]) Ztbl. f. Chir. 1916, Nr 12.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 14. lutego. 1917.

Przewodniczy kol. prezes prof. Ciechanowski. Obecnych członków 55.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. doc. Radliński przedstawił:

a) Przypadek **autoplastyki,** zapomocą której pokrył **ubytek kości czaszki** kością z sąsiedztwa, a to w ten sposób, że do plastyki użył tylko połowy grubości kości, drugą połowę pozostawiając na miejscu.

b) Przypadek **plastyki ust** z powodu rany postrzałowej twarzy z częściowem zniszczeniem szczęk.

c) Przypadek **gruźlicy nerki** z atypowymi objawami, **wyleczony operacyjnie.**

d) Przypadek **gruźlicy stawu biodrowego,** wyleczony **resekcyą stawu.**

W dyskusyi zabierali głos koledzy a) Braun, b) Laskiewicz, c) Ciechanowski, który zapytywał, czy nie są znane dokładniejsze badania losu części kości, pozostawionej na miejscu przy takiej plastyce, jaką wykonał prelegent, wreszcie d) kol. Radliński, odpowiadając na pytania wszystkich mowców i zaznaczając, że do badań takich, o jakie pytał kol. Ciechanowski, dotąd nie było sposobności.

3) Kol. prof. Krzyształowicz, przedstawił przypadek rzadkiego schorzenia skóry, znamionującego się guzkami drobnymi, płaskimi, gładkimi, przypominającymi liszai czerwony (lichen ruber) obok plam różowych, pokrytych łuseczkami, dającymi się łatwo usunąć i znaczniejszego pofałdowania skóry z wybitnym rysunkiem powierzchni. Ugrupowanie wykwitów jest bardzo nieregularne, mozajkowate, nie ma jednak zlewania się tychże, chociaż w danym przypadku sprawa chorobowa zajmowała prawie całą powierzchnię skóry tułowia i kończyn. Ze względu na wejrzenie nazwano pierwotnie tę chorobę **exanthema lichenoides et psoriasisforme** (Neisser, Jadassohn 1894), później także pityriasis lichenoides chron. ze względu na guzki pokryte drobnemi łuseczkami (Juliusberg 1897). Brocq, który opisał podobny przypadek z początku pod nazwą erythrodermie en plaques disséminées, starał się później (1903) ugrupować wszystkie znane przypadki i nadał im nazwę: **parapsoriasis.** Odtąd opisywano podobne przypadki, do których dołączono i ogłoszone przez Unnę, Santiego i Pollitzera (parakeratosis variegata), pod różnemi nazwami, stwierdzając prawie powszechnie, że etyologia i patogeneza tego schorzenia nie jest znana, że zmiany, nie wywołujące w ustroju zaburzeń ogólnych, opierają się leczeniu. W niektórych przypadkach uzyskano polepszenie lub nawet czasowe ustąpienie zmian pod wpływem wstrzykiwań pilokarpiny, a zewnętrznego stosowania naświetlań promieniami Röntgena i maści pyrogallusowej. W przedstawionym przypadku badanie histologiczne, wywiady i spostrzeżenia kliniczne nie wyjaśniają patogenezy choroby, a leczenie pilokarpiną i pyrogallusem doprowadziło do znacznego polepszenia, ale nie do zupełnego usunięcia wykwitów.

W dyskusyi przemawiali kol. Braun, Ciechanowski i Krzyształowicz.

4) Kol. prof. Latkowski: **O leczeniu spraw zapalnych.** Prelegent przedstawia najpród szkic historyczny badań (Rumpf, E. Fränkel, Matthes, Kraus, Bloch, Nicolles, Zupnik, A. Müller, K. Leiner, Galambos) nad działaniem leczniczem różnorodnych szczepionek i surowic w różnych sprawach zakaźnych, które przeczą zapatrywaniu o swoistem działaniu tychże. Następnie opisuje doświadczenia kliniczne, oparte i będące częścią w związku z tamtemi badaniami, w których zajmowano się stosowaniem różnych ciał białkowych w rozmaitych sprawach chorobowych zakaźnych miejscowych i ogólnych z wynikiem do-

datnim (Lücke, Holler, Sacl, Schmidt, Müller, Weiss). Dalej przechodzi do własnych spostrzeżeń klinicznych, wykazujących dodatni wpływ wstrzykiwań proteinów (jak deuteroalbumozy, tuberkuliny, mleka) na przebieg spraw zapalnych na różnem tle, przeważnie zakaźnem, wynik, potwierdzający zapatrywanie o możności nieswoistego leczenia i spraw zakaźnych. Kreśli następnie objawy, jakie występują, a to z pewną jednostajnością po wstrzykiwaniach; omawia wyjaśnienie R. Müllera, który stara się wykazać, że działanie lecznicze proteinów zdaje się polegać na wzmaganiu się przejściowem przekrwienia z następowem przesiąkaniem, wpływającem dodatnio na przebieg sprawy chorobowej. Zarazem stwierdza L., że to przekrwienie połączone z powiększeniem się ogniska zapalnego i spadkiem ciśnienia, nie daje się niejednokrotnie wykazać, skutkiem czego wyjaśnienie R. Müllera mogłoby się odnosić co najwyżej do pewnej liczby przypadków, za czem przemawiają obok spostrzeżeń własnych, spostrzeżenia także innych autorów. Przechodzi wreszcie do omówienia szeregu bardzo ciekawych badań nad różnorodnemi kolloidalnemi ciałami (Bredig, Traube, Paul, Krönig, Hofmeister, Spiro Porges, Höber, Pauli, Neisser, Bechhold, Frickeman, Hirschfeld), wskazujących na wpływ różnych substancyi trujących na stan skupienia kolloidów, na identyczność trucizn bakteryjnych i krwi z truciznami ogólnemi kolloidalnemi, w końcu omawia też badania nad odtruwaniem kolloidów i wyjaśnia to zjawisko w sposób fizyczny. Przytacza szereg doświadczeń wykazujących możność pojmowania fizycznego różnych zjawisk odpornościowych, jak działania toksyn, antytoksyn, zmian funkcyi dopełniaczy pod wpływem różnych czynników, które to pojmowanie nie wyklucza jednak współdziałania zjawisk chemicznej natury (Ascoli, Jacoby, Schultze, Landsteiner, M. A. Meyer, Henry, Cernovodean, Traube, Behring, Raehlmann, Izak Starkenstein). Opierając się na tych badaniach, stara się się L. wyjaśnić działanie lecznicze proteinów, jako wpływ odtruwający w znaczeniu powyższem, fizycznem, polegający na tem, że wstrzyknięte białko zmienia stan skupienia substancyi toksycznych w ten sposób, że aggreguje (strąca) ich cząstki ultramikroskopowo i czyni je w ten sposób nieszkodliwemi dla otoczenia; skutkiem tego następuje desaggregacya cząstek zmienionego przedtem środowiska, na które owe substancye szkodliwie działały i powrót tegoż tem samem do prawidłowego stanu, przyczem procesy chemiczne mogą też zachodzić tutaj, grając jednak rolę czynnika wyzwalającego procesy fizyczne. Nakoniec wykazuje L. zgodność tego wyjaśnienia z faktami klinicznymi, przez siebie spostrzeganymi. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawia a) kol. Oszacki, wyrażając zdanie, że spostrzeżenia prelegenta i innych badaczy nie wystarczają do tego, aby działanie ciał proteinowych, w szczególności wstrzykiwań mleka, wyjaśniać sprawami fizyczno-mechanicznemi; b) kol. Rosenhauch, który próbując wstrzykiwań mleka w przypadkach okulistycznych, nie stwierdził tak korzystnego wpływu, jak to niektórzy opisują i który zaleca też dlatego ostrożność w ocenie wyników; c) kol. Ciechanowski, który sądzi, że spostrzeżenia, dotychczas zebrane, nie stanowią dostatecznej podstawy do budowy daleko sięgających hipotez i ostrzega przed nadawaniem takim hipotezom zbyt wielkiego znaczenia. d) Kol. Latkowski, odpowiadając na podniesione zarzuty zaznacza, że przedewszystkiem chodziło mu o stronę teoretyczną przedstawionego tu leczenia. A mianowicie, ponieważ wyników leczenia tym samym środkiem przy różnych sprawach zapalnych na tle różnych zakażeń nie da się wytłómaczyć swoistem działaniem danego środka, starał się podać wyjaśnienie fizyczne, oparte na badaniach nad kolloidami, w szczególności nad odtruwaniem tychże, będące w zgodzie z faktami klinicznymi. W odpowiedzi na zarzut, że gorączka może pochodzić od działania wody, po wstrzykiwaniach której też można ją otrzymać, podkreśla, że podniesienia ciepłoty otrzymuje się po wstrzykiwaniu większej ilości wody i to śródżylnie, tu zaś używano 10 cm mleka i stosowano je śródmięśniowo, zatem porównanie odczynu gorączkowego w obu razach nie jest ścisłe o tyle, że warunki za każdym razem są odmienne. Nadmienia też, że zależało mu nie na wykazaniu odczynu gorączkowego, który można otrzymać i po wstrzykiwaniu ciał innych, lecz wpływu leczniczego ciał białkowych i wyjaśnieniu jego. Że kol. Oszacki nie widział zmian w ustroju fizycznym ciał danych w odczynie meiostagminowym przy raku, to nie przemawia ani za, ani przeciw podanemu przez L. wyjaśnieniu, dotyczącemu odmiennych procesów, ani też przeczyć nie może faktom, na których się ono opiera, zaobserwowanych przez cały szereg wyżej wymienionych badaczy w dziedzinie zatruwania i odtruwania kolloidów. Co do zarzutu, że to wyjaśnienie jest tylko hipotezą, zaznacza L., że większość zapatrywań biologicznych, zwłaszcza tyczących się medycyny, jest hypotetycznej natury, a między innemi teorya Ehrlicha też jest hypotezą, popartą tylko pewnymi faktami. Co się zaś tyczy jeszcze teoryi Ehrlicha, to wielu badaczy podnosiło już i podnosi przeciw niej różne zarzuty, oparte na faktach, nie dających się z nią pogodzić i stara się ją zastąpić fizycznem wyjaśnieniem odnośnych zjawisk. Metody leczenia wstrzykiwaniem mleka nie poleca L. do praktycznego użytku lekarzy, gdyż potrzeba jeszcze większego materyału doświadczalnego, aby można dla niej prawidła praktyczne ustalić; w każdym razie jest nieszkodliwa. (Streszczenie własne).

Zastępca sekr. Dr Michejda.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 2 marca 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 38.

I. Przewodniczący uczcił pamięć zmarłego członka Towarzystwa, kol. Docenta Gabryszewskiego odpowiedniem przemówieniem, którego obecni stojąco wysłuchali.

II. Kol. Demianowski przedstawia wynik swych badań nad **dermografią**, przeprowadzonych na 1165 przypadkach Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie. Skórę drażnił tępym brzegiem kraniometru, a obraz podrażnionej skóry określa jako dermografię wypukłą, białą, wybitną, wyraźną, zwyczajną, słabą, bardzo słabą i niewidoczną.

Poza nieznacznem obniżeniem pobudliwości w przypadkach otępienia starczego i porażenia postępowego oraz poza również nieznacznem wzmożeniem pobudliwości w hebefrenii i padaczce na ogół nie można było wykazać korelacyi między zachowaniem się dermografii a rozpoznaniem klinicznem. Stąd wniosek: Dermografia przy dzisiejszej swej niejednolitej, nieustalonej i bardzo prymitywnej metodzie badań nie odpowiada wymogom naukowego badania, skutkiem czego wyniki, uzyskiwane przez poszczególnych badaczy, mają tyle różnic indywidualnych, że o porównywaniu ich ze sobą nie może być mowy.

Słabą stroną badań dotychczasowych jest: 1. brak narzędzia, które pozwalałoby w granicach możliwie najściślejszych wywierać zawsze jednakowy nacisk na skórę, 2. trudność w określeniu wyników i powstające stąd wielkie indywidualne różnice.

Próbą, by wynik badania dermografii można było określić liczbą, jest przyrząd, skonstruowany przez prelegenta, a składający się z grabek o rozmaitej długości zębów, naciskanych odpowiednim ciężarkiem na powierzchnię skóry. Przy posunięciu zęby zakreślają szereg linii, których ilość zależna jest od pobudliwości badanego. Badania przy użyciu tego przyrządu, jakkolwiek dotąd jeszcze nie ukończone, pozwalają na wniosek, że t. zw. biała dermografia, uważana za bardzo rzadką, zależy tylko od rodzaju zakończenia przyrządu. Zaostrzone zęby grabek pobudzają nerwy zwężające naczynia, tępe zaś zęby pobudzają nerwy rozszerzające naczynia.

III. Kol. Andruszewski przedstawia przypadek **dermatozy** zajmujący ze względu na trudności rozpoznawcze. H. M. lat 25. Chorób żadnych, a zwłaszcza wenerycznych nigdy nie przebywała. Przed 7 tygodniami urodziła pierwsze dziecko, zdrowe, donoszone, które karmi sama. Przed 9 dniami wystąpiła wśród objawów ogólnego niedomagania i lekkiej gorączki na całem ciele osutka, utrzymująca się do dnia dzisiejszego, połączona z dość znacznym świądem. Osutka ta na pierwszy rzut oka sprawia wrażenie łuszczycy (psoriasis vulgaris). Bliższe jednak uwzględnienie szczegółów nasuwa pewne wątpliwości rozpoznawcze. Przedmiotowe badanie wykazuje: Na skórze całego ciała, a więc głowy owłosionej, twarzy, szyi, tułowia i kończyn, tak strony grzbietowej, jak i na stronie zginaczy, osutka gęsta, złożona z guzków od wielkości główki szpilki do wielkości soczewicy, znacznie nacieklych i zbitych, barwy miedzianej (barwy szynki). Barwa ta i naciek poszczególnych wykwitów występują zwłaszcza bardzo wybitnie na tułowiu pod obu sutkami. Na skórze głowy, twarzy i szyi guzki te są mniej nacieklé i barwy mniej wybitnie brunatnej. Na szyi po stronie lewej wykwit podłużny w kształcie smugi, nienaciekły, długości około 4 cm. po zadrapaniu, pokryty cienką łuseczką białawego naskórka. Błona śluzowa jamy ust, części rodnych i w okolicy otworu stolcowego bez zmian chorobowych. Gruczoły chłonne karkowe i łokciowe niemacalne, natomiast w pachwinie, a zwłaszcza lewej, wyczuwa się gruczoł wielkości orzecha laskowego, dość twardy i zbity. Bardzo nieliczne guzki wykazują

w środku drobniuchne, dość ściśle do podstawy przylegające łuseczki.

Brak zmian na błonach śluzowych, brak zmian charakterystycznych w układzie gruczołowym i okoliczność, że wywiady stwierdzają odbyty przed 7 tygodniami poród dziecka donoszonego, żywego i dotąd rzekomo zupełnie zdrowego, skłaniają do rozpoznania łuszczycy, charakter jednak wykwitów skórnych, a mianowicie zupełnie wyraźne, twarde, wyniosłe i naciekłe guzki o barwie miedzianej, cechującej kiłę, zmuszają do ostrożności w rozpoznaniu i przemawiają za kiłą. Także raczej za kiłą przemawia ostre wystąpienie osutki u osoby, przedtem zupełnie zdrowej, jakoteż tylko bardzo nieznaczna ilość łuseczek, pokrywających nieliczne tylko guzki w ich środku, podobnie, jak to bywa w okresie poczynającej się inwolucyi guzkowej osutki kiłowej, gdy przeciwnie w przebiegu łuszczycy tworzenie się zupełnie wyraźnych łusek, pokrywających prawie całe wykwity, jest zazwyczaj tak szybkie, iż do dni 9, jak w danym przypadku, łuseczki pokrywać już powinny przeważną ilość wykwitów. Do wytworzenia się łusek na plamistych wykwitach łuszczycy wystarcza już 24 godzin, najwyżej 3—4 dni, co niegdyś dało nawet podstawę do wątpliwości, czy pierwotną jest zmiana zapalna, czy zrogowacenie naskórka i wytworzenie się łuseczki. Brak zmian na błonach śluzowych sam przez się kiły nie wyklucza, gdyż znane są formy suche osutki kiłowej, w których zmiany usadowione są tylko na skórze. Niewykonane jeszcze dotąd badania pomocnicze, jak próba Wassermanna i odczyn Ehrmanna, rzucą pewne światło na istniejące wątpliwości w rozróżnieniu między kiłą a łuszczycą, a rozstrzygnie je dalsza obserwacya.

Dyskusya: 1) Kol. Lenartowicz widział przypadek, przedstawiony przez kol. Andruszewskiego i jakkolwiek na pierwszy rzut oka skłonny był rozpoznać łuszczycę, przyznać musi, że charakter i barwa wykwitów na dolnej części tułowia i na kończynach dolnych bynajmniej typowi wykwitów łuszczycowych nie odpowiadają. To sprawia pewne trudności rozpoznawcze i każe myśleć o zmianach kiłowych. Są i dadzą się wykazać pewne objawy, przemawiające raczej za łuszczycą, a to: srebrzysta barwa łusek, zwłaszcza na karku, i smugowate rozmieszczenie wykwitów wzdłuż urazu, powstałego skutkiem rozdrapania, co widać głównie na szyi. Rozmieszczenie wykwitów nie jest w tym przypadku takie, jak zwykle się widzi w łuszczycy, barwa nie wszędzie typowa, — nic więc dziwnego, że i kiłę należy tu brać w rachubę. Przechylićby się należało jednak w rozpoznaniu raczej ku łuszczycy, niż ku kile. Gdyby nawet odczyn Wassermanna wypadł dodatnio, nie obalałoby to rozpoznania łuszczycy, należałoby raczej myśleć o kile u osobnika, dotkniętego łuszczycą, co przecież nierzadko się zdarza.

2) Kol. Hornowski, odwołując się na swe badania co do odczynu Ehrmanna u sympatykotoników i wagotoników, zaznacza, że odczynu tego nie można uważać za swoisty dla łuszczycy, która jako choroba wyłącznie skórna występuje, jak wiadomo, u osób zresztą zupełnie zdrowych.

3) Kol. Orzechowski podnosi, że odczyn Ehrmanna może być ważny dla dermatologów i że sam spostrzegał przypadki łuszczycy u osobników neuropatycznych.

4) Kol. Feuerstein zauważa, że oprócz kiły i łuszczycy w przypadku przedstawionym przez kol. Andruszewskiego, myśleć można o »parapsoriasis« (pityriasis lichenoides chron.).

5) Kol. Hołobut, który rano dnia dzisiejszego w chwili zgłoszenia się chorej do ambulatoryum klinicznego wziął krew jej do badania, podaje wynik badania, a mianowicie, że próba Wassermanna daje wynik ujemny.

6) Kol. Lenartowicz sądzi, że uwaga kol. Feuersteina, iż chodzić może w przedstawionym przypadku o »parapsoriasis«, jest trafna, z powodu jednak rzadkości tej właśnie jednostki chorobowej dyskusya mogłaby być jedynie teoretyczna. Sam mowca bowiem widział dotąd jeden tylko przypadek tej rzadkiej choroby i rozpoznał ją wówczas fałszywie jako kiłę, ale obraz chorobowy był bezwzględnie więcej do kiły zbliżony, aniżeli w przypadku obecnie przedstawionym. W owym przypadku nie było nacieków, nie było łusek tak grubych. Odczyn Wassermanna wyjaśni z pewnością wątpliwości w kierunku kiły, wahania zaś co do łuszczycy i parapsoriasis rozstrzygnie jedynie dalsza obserwacya przebiegu chorobowego.

7) Kol. Feuerstein nie uważa ujemnego wyniku próby Wassermanna za rozstrzygający w danym przypadku, gdyż mimo to może to być wysypka kiłowa.

8) Kol. Andruszewski w odpowiedzi kol. Hornowskiemu zauważa, że odczyn Ehrmanna uważają dermatolodzy za charakterystyczny dla łuszczycy, jako choroby dziedzicznej, ustrojowej, bez znanej dotąd przyczyny, której wyrazem jest osutka. Dlatego też badania kol. Hornowskiego wówczas mogłyby być rozstrzygające, gdyby przy nich uwzględniał był istnienie względnie brak łuszczycy. Co do zapatrywań kol. Lenartowicza względnie kol. Feuersteina przyznaje, że i jemu nasuwała się myśl, czy w danym przypadku nie jest to »pityriasis lichenoides chronica«. Z własnego doświadczenia widział tylko jeden przypadek tego cierpienia. Był to ten sam przypadek, o którym wspomniał już kol. Lenartowicz. Atoli w przypadku tym osutka była wybitnie plamista, a nie guzkowa, choć barwą bardzo do osutki kiłowej podobna. Co do odczynu Wassermanna nie uważa go mowca za bezwzględnie rozstrzygający na jedną lub drugą stronę, zaznacza natomiast powtórnie, że o rozpoznaniu rozstrzygnie dalsza obserwacya.

IV. Kol. Lenartowicz przedstawia przypadek **owrzozeń części sromnych** zewnętrznych, dotyczący 5-letniej dziewczynki, którą tego samego dnia w południe przyjęto na oddział. Z góry zaznacza, że w przypadku tym nie ustalił jeszcze rozpoznania, owrzodzenia bowiem nie dadzą się zaliczyć do typu żadnych znanych powszechnie, mniej lub więcej rzadkich rodzajów owrzodzeń sromu niewieściego. Nie można tu myśleć ani o owrzodzeniach kiłowych, ani o wrzodach miękkich, ani o zmianach sromu pleśniawkowych (vulvitis aphtosa), gruźliczych, cukrzyczych, durowych, t. zw. zgorzeli szpitalnej (gangraena nosocomialis). Kuszące wydaje się przypuszczenie ostrego wrzodu (ulcus vulvae acutum) Lipschütza. Przypuszczenie to jednak nie znajduje potwierdzenia w przeprowadzanych badaniach mikroskopowych, co więcej, badania te w danym przypadku nie wyjaśniają właściwie niczego, skłaniają raczej do przypuszczenia, że na sromie dzieci i dziewic spotykamy czasem owrzodzenia, których rodzaj do żadnych ze znanych dotąd jednostek chorobowych zaliczyć się nie daje, a określenia takie jak: »ulcera pseudovenerea«, »ulcera pseudotuberculosa«, a może i »ulcus vulvae acutum«, są, zdaje się, określeniami niepewnemi i niezbyt ścisłemi. Od czasu, kiedy prelegent w maju 1916 r. spostrzegał i opisał typowy przypadek wrzodu ostrego (Przegląd lekarski Nr. 4. 1917) śledzi za takimi i tym podobnymi przypadkami i przyznać musi, że od owego czasu widzi już trzeci przypadek owrzodzeń sromu u dzieci, owrzodzeń, które przebiegiem klinicznym w niczem nie różnią się od wrzodu ostrego, a przecież do tej jednostki chorobowej zaliczone być nie mogą, bo w żadnym z nich nie można było wykazać mikroskopowo prątków, uważanych przez Lipschütza za swoiste dla tej jednostki chorobowej. Dwie są zatem możliwości: albo prątki, opisane przez Lipschütza, wywołują istotnie chorobę, przez niego jako wrzód ostry (ulcus vulvae acutum) opisaną i jednostkę tę, jako osobną jednostkę chorobową, określaną ściśle klinicznie, uznać należy, albo w przypadkach, klinicznie ściśle co do przebiegu odpowiadających przebiegowi wrzodu ostrego, prątków tych znaleść nie można i przez to swoistości ich przeczyć należy, szukając innej tych owrzodzeń przyczyny. Które z tych przypuszczeń jest słuszne, pokażą dalsze badania. Przypadek obecnie przedstawiany, jakoteż dwa inne, spostrzegane na oddziale, klinicznie identyczne, bakteryologicznie różne, nakazują wielką ostrożność w osądzaniu charakteru owrzodzeń sromu o niejasnej etyologii.

W dyskusyi kol. Feuerstein uważa rodzaj owrzodzenia za tak charakterystyczny, że nie może uważać go za nic innego, jak tylko za wrzód ostry (ulcus vulvae acutum) »bez prątków Lipschütza«.

V. Kol. Daum przedstawia przypadek **donoszonej ciąży jajowodowej,** prawostronnej. Ciąża rozwijała się w jajowodzie prawym, rozszerzając jajowód częścią ku górze, częścią zaś pomiędzy blaszki więzadła szerokiego. Z powodu zmian w przydatkach strony lewej i małych włókniaków macicy wykonano obustronne wycięcie przydatków i nadpochwowe odcięcie macicy. Przypadek ogłoszony będzie obszernie w »Zentralbl. f. Gynaek«.

W dyskusyi przemawiali koledzy Bocheński, Czyżewicz, Mars i prelegent.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13. VI. 1917 posiedzenie, na którem, na wniosek kol. Janiszewskiego, uchwalono wysłać do Koła Polskiego memoryał z żądaniem,

aby na czele mającego się utworzyć ministerstwa zdrowia publicznego stanął lekarz, poczem kol. Borowiecki przedstawił chorego z kliniki neurologicznej. W końcu prof. Wachholz wygłosił odczyt pod tutułem: »Z sądowo-lekarskich zagadnień seksualnych«.

Następne posiedzenie odbędzie się we środę 20. VI. b. r.

Lwów. Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza: »W celu skutecznego poparcia akcyi podjętej dla subskrypcyi VI pożyczki wojennej, Wydział Izby lekarskiej wskutek zaproszenia otrzymanego ze strony komisarza m. Lwowa, uchwalił na posiedzeniu w d. 6. czerwca odbytem, zwrócić się do lekarzy z prośbą, aby zechcieli wziąć udział w podpisywaniu tej pożyczki. W wykonaniu tej uchwały upraszamy o poparcie podjętych w tym kierunku usiłowań i wyrażamy nadzieję, że lekarze w miarę możności zechcą się przyczynić do spełnienia obywatelskiej powinności. We Lwowie, dnia 8. czerwca 1917. Prezydent Izby: Dr Papée«.

Z różnych stron. Izba lekarska wiedeńska przesyła nam z prośbą o ogłoszenie następującą odezwę: »Wielkie trudności, w jakich znaleźli się wskutek wojny obywatele państw centralnych, a jakie według mniemania nieprzyjaciół mają trwać jeszcze i po wojnie przez odcięcie państw centralnych od życia gospodarczego, społecznego i umysłowego, nasunęły myśl, aby ścisłe związki, powstałe przez wojenne braterstwo broni, utrzymać nadal i po zawarciu pokoju. Wykonując tę myśl, poczęto zawiązywać naprzód w Niemczech, potem i w innych państwach centralnych stowarzyszenia (pod nazwą »Waffenbrüderliche Vereinigungen«), które nie zajmując się polityką, zmierzają do zjednoczenia życia materyalnego i duchowego narodów, zamieszkujących Europę środkową. Te stowarzyszenia poczęły następnie tworzyć związki zawodowo-naukowe. I tak lekarze niemieccy założyli 20. stycznia 1917 oddział lekarski niemieckiego »Waffenbrüderliche Vereinigung« i opracowali punkta wytyczne stosunku lekarzy niemieckich do lekarzy w innych państwach Europy środkowej. Grono lekarzy austryackich postanowiło niedawno utworzyć podobny oddział lekarski austryackiej »Waffenbrüderliche Vereinigung« i zaprasza wszystkich lekarzy w Austryi do przystąpienia do tego oddziału. Bez różnicy narodowości, wyznania i poglądów społecznych mają członkowie tego zrzeszenia w ścisłej współpracy z podobnemi zrzeszeniami w innych państwach nietylko pielęgnować naukę i sztukę lekarską, lecz także wzajemnie sobie pomagając starać się o podniesienie społecznego stanowiska lekarzy. Programu tego zrzeszenia lekarskiego nie stanowi ideologia, lecz praktyczne sprawy stanu lekarskiego. Lekarze Europy środkowej będą musieli po wojnie nietylko pod względem materyalnym, ale i pod względem duchowym sami sobie wystarczać, wytworzyć autarkię. Chociaż jesteśmy najsilniej przekonani, że nauka i sztuka lekarska są międzynarodowe, jednakże musimy się na to przygotować, że przynajmniej w pierwszych latach po zawarciu pokoju będziemy pozostawieni własnym siłom, dopóki rozum i dobra wola naszych obecnych przeciwników nie doprowadzi do wznowienia międzynarodowych stosunków lekarskich. Jakkolwiekby jednak kształtowała się przyszłość, to jednak świat lekarski państw centralnych potrafi, jak w czasie wojny, tak i po zawarciu pokoju okazać, że pozostawiony własnym siłom nietylko skarbiec nauki i sztuki lekarskiej przechować, ale i pomnożyć go umie. Oprócz popierania osobistych stosunków między lekarzami sprzymierzonych narodów, wymiany publikacyi naukowych i wzajemnego popierania dążeń naukowych i społecznych zmierzać będzie zrzeszenie lekarzy do daleko idącego ujednostajnienia studyum lekarskiego w Europie środkowej, a przez to do jaknajwiększej swobody w przenoszeniu się studentów z jednego na drugi uniwersytet. Z tem złączy się ujednostajnienie uzupełniających studyów lekarskich. Przedmiotem obrad zrzeszeń lekarskich będzie również ujednostajnienie ustawodawstwa sanitarnego i zwalczania epidemii. Zrzeszenia lekarskie różnych krajów złączą swe siły dla obrony i poprawy stanowiska i warunków bytu lekarzy. Jednem słowem otwiera się działalności i skutecznej wzajemnej pomocy. Ze względu na wysokie cele naukowe i gospodarcze, które sobie wytknęły te zrzeszenia lekarskie, uważamy za obowiązek lekarzy przystępowanie do grupy lekarskiej austryackiego »Waffenbrüderliche Vereinigung«. Podpisani wnioskodawcy proszą przeto wszystkich lekarzy w Austryi, aby zgłaszali swe przystąpienie (wkładka roczna 8 kor.), jak najrychlej pod adresem prof. v. Hohenegga, Wiedeń IX, Ferstelgasse 1, i przybyli na zgromadzenie konstytuujące, które się wkrótce odbędzie, a którego termin i miejsce będzie ogłoszone w pismach lekarskich i codziennych«. Odezwę podpisało kilkunastu najwybitniejszych profesorów Wydziału lekarskiego wiedeńskiego, prezydenci 7 Izb lekarskich i prezesowie zawodowych organizacyi lekarskich. Z Polaków podpisał odezwę Dr Jan Papée, prezydent Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Zmarli: Dr Rajmund Keller w Brzeszczach w 52 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 20. czerwca** 1917 o godzinie 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Odczyt Dr Dadeja: Spostrzeżenia nad tyfusem plamistym ze stanowiska klinicznego i bakteryologicznego (wartość odczynu Weila). 2) Odczyt Dr Waltera: Reinfectio syphilitica.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 25. Kraków, 23. czerwca 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów)
Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują **w Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, **w Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 23. czerwca 1917. Nr 25

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ze szpitala rezerwowego Galicyjskiego Czerwonego Krzyża we Lwowie (Pawilon II).

Siedemset ran postrzałowych.

Opisał

M. W. Herman.

(Ciąg dalszy).

Więc jakkolwiek najwyżej ceniliśmy zawsze jodoform, balsam peruwiański lub azotan srebra, nie gardziliśmy jednak żadnym innym środkiem przeciwgnilnym. Bywaliśmy bowiem i w takiem położeniu, że za najlepszy uważać musieliśmy ten środek, który w danej chwili mieliśmy pod ręką.

Między innymi stosowaliśmy także tęrpentynę, zaleconą przez Parego jeszcze w XVI w. do opatrywania ran postrzałowych, w XVII w. nawet popularną między chirurgami wojskowymi, a tuż przed wybuchem obecnej wojny chwaloną przez niektórych ginekologów w pewnych sprawach zakaźnych macicy połogowej. Terpentyna, jako ciało balsamiczne, działa drażniąco na tkanki i zabójczo na bakterye, dzięki zaś swym właściwościom utleniającym działać nawet powinna swoiście na beztlenowce, najważniejsze dla ran bakterye. Wreszcie na zasadzie przypadkowego spostrzeżenia Billrotha, terpentyna uchodzi za środek tamujący krwawienie. Terpentyna, przez nas używana, ujawniła tylko swe własności drażniące, wywołując w każdym przypadku, w którym ją zastosowaliśmy, wysiękowe zapalenie skóry, nie sprawiające zresztą rannym większych przykrości. Własności odkażające niczem się nie zaznaczyły. Nie upieraliśmy się przeto przy terpentynie i rozstaliśmy się z nią bez uczucia zawodu. W ciężkich bowiem zakażeniach wszystkie inne środki przeciwgnilne, mające już ustaloną sławę, również nas zawodziły.

Z tamtej strony frontu zwolennicy chemoterapii zachwalają stałe przemywanie rany płynem Dakina. Wedle Brunnera[4]) płyn ten przyrządza się w sposób następujący: 20 gr. najlepszego suchego chlorku wapnia i 14 gr. krystalicznego węglanu sodowego, rozpuszcza się w 1000 gr. wody i przez 10 minut wstrząsa. Po $1/2$ godzinnem odstaniu się, płyn należy przesączyć i w przejrzystym przesączu rozpuścić 4 gr. kwasu borowego. Ciałem działającem jest tu chlor.

Mniej liczny, jak się zdaje, obóz zwolenników »metod fizyologicznych« przeczy możności odkażenia rany na drodze chemicznej i zaleca »lymphlavage« Wrighta. Ten szeroko znany bakteryolog okłada, przemywa i kąpie rany w 5% rozczynie soli kuchennej z dodatkiem $1/2$% cytrynianu sodu. Hypertoniczny rozczyn soli pobudza tkanki do sączenia obfitego strumienia limfy, wymywającej ze szczelin śródtkankowych bakterye. Cytrynian sodu zapobiega krzepnięciu limfy.

W niektórych przypadkach uporczywie mimo wszystko ropiejących ran, zauważyliśmy korzystny wpływ otwartego leczenia[5]).

Te ogólne uwagi wysnułem głównie z obserwacyi ran postrzałowych kończyn (479 przypadków), stanowiących 67·7% spostrzeżeń tu uwzględnionych, w tem zaś (okrągło) 75% powikłanych uszkodzeniem kości. Istotną treść zatem chirurgii wojennej stanowi chirurgia powikłanych i zakażonych złamań kości kończyn (cf. Tabl. I).

Tablica I.

			czyste	zakażone	przestrzały	ślepe	nieoperowane	operowane	wyleczone	okaleczone	umarło
Postrzały kończyn górnych	proste		21	9	18	12	21	9	24	.	6
	powikłane uszkodzeniem	nerwów	7	.	7	.	7	.	.	7 (?)	.
		naczyń	.	3	3	.	.	3	2	.	1
		ścięgien	.	3	3	.	.	3	2	1	.
		stawu barkowego	7	2	7	2	7	2	8	.	1
		» łokciowego	2	5	6	1	2	5	5	1	1
		» nadgarstkowego	4	1	4	1	4	1	5	.	.
		obojczyka	1	2	2	1	2	1	1	.	2
		ramienia	15	20	31	4	21	14	35	6	1
		przedramienia	18	11	28	1	20	9	25	4	.
		kości dłoni	12	6	15	3	14	4	17	1	.
	oderwanie palców		6	6	12	.	10	2	16	2	.
	w sumie		93	68	146	25	108	53	140	22	12
Postrzały kończyn dolnych	proste		60	28	56	32	52	36	86	.	2
	powikłane uszkodz.	nerwów	1	2	2	1	2	1	3	.	.
		naczyń	2	7	8	1	.	9	6	.	3
		stawu biodrowego	.	5	2	3	.	5	3	.	2
		» kolanowego	18	14	26	6	17	15	23	5	4
		» skokowego	1	2	3	.	2	1	2	.	1
		kości udowej	23	69	81	11	21	71	56	4	32
		» golcni	22	37	51	8	30	29	45	8	6
		» stopy	11	13	18	6	16	8	23	1	.
		» rzepki	1	.	.	1	.	1	1	.	.
	oderwanie palców		.	2	2	.	2	.	2	.	.
	w sumie		139	179	249	69	142	176	250	18	50
Ogółem			232	247	395	94	250	229	390	40	62

Typowem uszkodzeniem postrzałowem kości jest jej strzaskanie na wielką ilość drobnych odłamków, zwykle ograniczone do niewielkiej przestrzeni. W pewnych je-

[4]) Handbuch der Wundbehandlung. (Neue deutsche Chirurgie 20 Bd.). Enke, Stuttgart 1916.

[5]) F. Chomicki: O otwartem leczeniu ran. (Przegląd lek. 1917, Nr 23).

dnak przypadkach w przyległych odcinkach kości powstają szczeliny, dosięgające najbliższych stawów. Szczelinami temi szerzyć się może zakażenie z rany postrzałowej na odległy staw. Powikłanie to występować zwykło niekiedy dopiero w kilkanaście dni po postrzale.

Wyjątkowo zdarzały się tunelowe lub rynienkowe postrzały nasad kości długich i kości krótkich.

A raz tylko widziałem, jak pocisk otarł się bokiem o trzon kości udowej, odłupał z jej powierzchni parę długich drzazg kostnych, ciągłości kości jednak nie przerwał.

Nie chcę zapuszczać się w szczegóły dotyczące chirurgii wojennej kończyn. Niektóre bardziej interesujące szczegóły starałem się uwydatnić na Tabl. I., nie mogę jednak tak sumarycznie załatwić się ze strzaskaniami postrzałowymi kości udowej. Gdyby mi bowiem kazano dać jakąś zwięzłą a szczegółową definicyę chirurgii wojennej, nazwałbym ją właśnie chirurgią złamań postrzałowych kości udowej, tyle problemów, ważnych zarówno dla poszkodowanego, jak i dla lekarzy, łączy się z tem uszkodzeniem. Własne w tym kierunku doświadczenie streściłem na dołączonej tu Tabl. II.

Tablica II.

	U d o			Nie operowano		Nacinano		Amputowano	
	prawe	lewe	nienazwane	wyzdrowiał	umarł	wyzdrowiał	umarł	wyzdrowiał	umarł
w górnej $^{1}/_{3}$	11	13	2	3	.	12	9	.	3
w środkowej $^{1}/_{3}$	6	6	.	3	.	3	4	.	1
w dolnej $^{1}/_{3}$	7	6	2	6	.	.	2	1	1
w bliżej nieokreślonej wysokości	19	17	3	11	2	18	9	3	1
Razem	43	42	7	23	2	33	24	4	6

Tablicę powyższą uzupełnić muszę kilkoma szczegółami. W dwóch przypadkach chodziło o równoczesne strzaskanie obu kości udowych, w jednym zaś z nich ten sam pocisk zranił także cewkę moczową. Obaj ranni pomarli. Stosunkowo często, obok strzaskania uda, istniały inne jeszcze obrażenia. Pomijając niewiele znaczące przestrzały niepowikłane części miękkich, wyszczególnić trzeba: 1) wspomniane już powyżej obrażenia cewki moczowej, 2) odmrożenie obu stóp, 3) strzaskanie goleni, ramienia lub przedramienia, 4) ropne zapalenie odpowiedniego stawu biodrowego lub kolanowego, 5) ropny wysięk opłucny, o czem już też powyżej wspomniałem. Najcięższem jednak, a również najczęstszem powikłaniem tych ran było ich 6) zakażenie, zwykle ropne, bardzo rzadko odmowe. Tylko w 23 przypadkach (25%) rany pozostały jałowe. Częściej i groźniej występowało zakażenie w postrzałach górnej $^{1}/_{3}$ uda, aniżeli w postrzałach dolnej $^{1}/_{6}$. Fakt ten, znany od czasów Pirogowa, nie zaznaczył się tak jaskrawo na Tabl. II., jak w mej pamięci.

Z powikłań wymienionych, najgroźniejszym dla chorego wydaje mi się ropne zapalenie odpowiedniego stawu biodrowego. Wikła ono tylko strzaskanie bardzo wysokie, a skutkiem tego jest bardzo je trudno rozpoznać. Przypuszczać je należy tam, gdzie z rany sączy się niezwykle obfita i płynna wydzielina, co jednak tam tylko się dzieje, gdzie staw komunikuje się z raną.

Przez wczesne wyłuszczenie główki, można i w tem zapaleniu stawu biodrowego, wikłającem strzaskanie, poprawić rokowanie.

Strzaskania kości udowej są niewątpliwie najkłopotliwszem obrażeniem już dla lekarzy stacyi opatrunkowej i zakładu sanitarnego dywizyjnego. W piśmiennictwie bieżącem jest wiele projektów i wzorów na pierwsze opatrunki transportowe dla strzaskań uda. Sama już ich liczba świadczy, że żaden nie odpowiada w zupełności celowi.

Przypominam sobie rannego z bardzo ciężkiem strzaskaniem uda, u którego felczer, widocznie w ostatniej potrzebie, zaimprowizował nie najgorszy opatrunek ustalający z najzwyklejszej ławy wieśniaczej, z której dwie nogi wyjął, dwoma pozostałemi objął od przodu i tyłu miednicę, deską zaś leżącą po bocznej stronie kończyny, unieruchomił złamanie.

Z wyjątkiem dwóch przypadków, w których z powodu przejścia zgorzeli odmowej na tułów, już nic nie było można zrobić i czterech innych, w których z powodu takiejże zgorzeli ograniczonej jednak do najbliższego sąsiedztwa rany, przystąpić należało natychmiast do amputacyi, we wszystkich innych po odpowiedniem opatrzeniu rany, zakładałem zwyczajny opatrunek wyciągający i obciążałem go 15 kilogramami.

W 57 przypadkach poprzestaliśmy na podłużnem rozcięciu wlotu i wylotu postrzału i rozdzieleniu na tępo warstw głębszych, aż do kości.

Przy późniejszych zmianach opatrunków należy ranę dokładnie oglądać i obmacywać i wcześnie usuwać wszystkie obumierające odłamki kostne. Nieraz bowiem stwierdziłem, że odłamki te, pozostawione w ranie, obrastają nowo tworzącą się kością i podtrzymują w nieskończoność sączące przetoki. I nieraz, już po zrośnięciu się złamania, potrzeba było nawet paru zabiegów zanim udało się usunąć wszystkie odsłoje.

Opatrunek wyciągający zwyczajnie dobrze się nam nadawał.

Jedynie przy nizkich postrzałach odłamek obwodowy, pod wpływem mięśni łydki, miał czasami skłonność do odchylania się ku tyłowi. Wtedy od dołu podpieraliśmy go poduszeczką lub deską.

Konsolidacya złamania w przypadkach niezakażonych następowała po 4—6 tygodniach, w przypadkach zakażonych po tyluż miesiącach. A w przypadkach tych zdarzało się niekiedy, że po zdjęciu opatrunku wyciągającego, osiągnięty zrost rozluźniał się z powrotem.

Zrost następował w dobrem osiowo ustawieniu odłamków, ze skróceniem wynoszącem średnio około 2 cm. Wielokrotnie przekonaliśmy się, że skrócenie to nie przeszkadza ani oficerom, ani żołnierzom w powrocie na front.

W bardzo wielu przypadkach (24) nacięcie zakażonej rany, nie zdołało zapobiedz śmierci. Rzadko tylko udawało się nam nakłonić chorych, u których nacięcie pozostało bez skutku, do amputacyi, na którą zresztą nigdy zbyt energicznie nie nastawaliśmy. Stąd wyniki po amputacyi przedstawiają się nieszczególnie. Nie wątpię, że wyniki te byłyby lepsze, gdybym był mniej wstrzemięźliwy w określaniu wskazań do amputacyi. Trudno jednak bez bezwzględnych wskazań decydować się na operacyą okalającą. O ile łatwo jest wyszczególnić wskazania do wczesnej amputacyi, o tyle ogromnie trudno oznaczyć chwilę odpowiednią do amputacyi późnej.

Amputowaliśmy linijnie, tkanki jednak przecinaliśmy warstwowo i najpierw tylko skórę i powięź szeroką, następnie powierzchowną warstwę mięśni głębokich, a w końcu, podciągnąwszy części miękkie, nieco w górę, przepiłowywaliśmy kość.

Gdzie wskazane było wyłuszczenie w biodrze, amputowaliśmy linijnie udo bardzo wysoko (przyczem dwie szpilki od damskich kapeluszy, przekłuwające na krzyż części miękkie uda, zapobiegały zesunięciu się drenu, zaci-

skającego naczynia), a potem po oddzieleniu od krętarzy przyczepów mięśni, ze zewnętrznego cięcia podłużnego, wykręcaliśmy główkę z panewki.

Amputując kończynę zajętą ostrą sprawą zakaźną, posługiwaliśmy się za przykładem wielu chirurgów metodą linijną z trzech przyczyn:

1) Mając konieczną wprawę, wykonać można amputacyę linijną w bardzo krótkim czasie. Lekarze, pracujący ze mną, odjęcie uda wykonywali w 7 minutach, przyczem najwięcej czasu zabierało podwiązanie drobnych naczyń, już po zdjęciu opaski Esmarcha. Tę część operacyi wykonuje się już bez pomocy uśpienia. A ze względu na bardzo lichy stan ogólny chorych, u których zabieg ten wykonywaliśmy, każda minuta miała wielkie znaczenie. 2) Tylko w ranie leżącej na jednej płaszczyźnie niema zaułków, mających, jak wiadomo, ogromne znaczenie dla rozwoju zakażenia. A rana taka powstaje tylko po amputacyi. 3) Kikut, pozostający po amputacyi linijnej, jest dłuższy, niż po amputacyi płatowej, w tych szczególnych warunkach wykonanej. Ze względu zaś na współczesne protezy, długość kikuta jest sprawą ważniejszą, niż siedziba i rozległość blizn na nim.

Gdybyśmy wyjątkowo amputowali nie ze wskazań życiowych, wykonywalibyśmy amputacye płatowe, a nawet osteoplastyczne.

Z 92 chorych ze strzaskaniem uda, zmarło 32, t. j. 34·5%.

To, cośmy powiedzieli o strzaskaniach postrzałowych uda, w zasadzie powtórzyćbyśmy mogli o analogicznych uszkodzeniach innych części kończyn. Cyfry na tabl. I dopowiadają szczegóły.

Niemniej interesujące dla chirurga są postrzały stawów. Pomijając zestawienia cyfrowe, ograniczę się do podania szczegółów, które na uwagę zasługują.

Rany postrzałowe stawów widywałem w dwóch zasadniczo różnych odmianach. W odmianie pierwszej pocisk przechodził przez staw, nie pozostawiając po sobie »grubszych« zmian anatomicznych. Łącząc prostą linią wlot postrzału z wylotem, zauważamy, że bez względu na ustawienie, jakie kończyna w chwili postrzału zajmować mogła, pocisk musiał przejść przez jamę stawu. Mimo to nasady stawowe nie zostały strzaskane, a w torebce stawowej znajdujemy nieduży krwotok. Ponieważ w tych przypadkach rana postrzałowa była jałowa, po założeniu najodpowiedniejszego dla danego stawu opatrunku ustalającego, wysyłaliśmy rannego po kilkudniowej obserwacyi w głąb kraju.

Drugą odmianę postrzałów stawu stanowią przypadki, w których jedna z nasad stawowych uległa strzaskaniu, a szeroki zwykle wylot postrzału łączy bezpośrednio jamę stawu ze światłem zewnętrznem. Na objawy ciężkiego zakażenia, o ile go na razie niema, nie długo przyjdzie nam czekać. W tych przypadkach, nie namyślając się długo, trzeba wypiłować staw. Zabieg, zawsze atypowy ze względu na przeważne, albo i wyłączne zajęcie jednej tylko powierzchni stawowej, powinien być wykonany, jak najdoszczętniej. Rany operacyjnej nie zmniejszać szwem, wszystkie zaułki dokładnie osączkować, a pomiędzy zresekowane powierzchnie kostne zasunąć gazę. Takie opatrunki powtarzać należy dopóty, dopóki cała rana dokładnie nie wypełni się ziarniną. Zanim doszedłem do poznania tej prawdy, wiele doznałem zawodów. Przegląd ostatecznych wyników dał obraz nieco paradoksalny. Najgorsze bowiem wyniki osiągnąłem po resekcyi stawu kolanowego, względnie najlepsze po resekcyi stawu biodrowego. Wyniki po wycięciu stawu barkowego i łokciowego stoją pośrodku.

W przypadku nieudałej resekcyi trzeba odpowiednią część kończyny odjąć.

Z innych obrażeń kończyn nie mogę pominąć postrzałów naczyń i nerwów.

Pomijając przypadki niewątpliwie zdarzające się, w których postrzał naczynia, nawet większego kalibru, pozostaje bez objawów i następstw, widujemy jako skutek zupełnego lub częściowego przerwania ciągłości tętnicy:

1) krwotok śmiertelny,
2) zgorzel części kończyny,
3) krwiaki tętniące, czyli tętniaki rzekome.

Wobec tego, że lekarze na froncie chyba nie zawsze oglądają zwłoki poległych, nie mamy dokładnego pojęcia o częstości krwotoków śmiertelnych. Sądzę jednak, że pesymistyczne poglądy będą bliższe prawdy, niż optymistyczne.

Zgorzel, jako następstwo poprzecznego przerwania naczynia, widziałem co najmniej cztery razy, trzy razy zgorzel przedramienia wzgl. goleni po przestrzale tętnicy ramiennej, wzgl. udowej w $^1/_2$ długości, a raz martwicę mumifikacyjną palców i podeszwy stopy, po przestrzale tętnicy podkolanowej. Niewątpliwie, pierwotne zakażenie rany i w parze z niem idący obrzęk tkanek, przeszkadzają szybkiemu wytworzeniu się krążenia ubocznego i wywołują zgorzel.

W takich przypadkach nie pozostaje oczywiście nic innego, jak odjąć część zgorzelinową, po doczekaniu się — o ile na to pozwolą ogólne objawy zakażenia — demarkacyi.

Więcej zainteresowania budzą tętniaki rzekome. Wśród 700 rannych napotkałem 1 tętniaka tętnicy podobojczykowej, 1 tętniaka tętnicy łokciowej, 1 tętniaka tętnicy promieniowej. 1 tętniaka tętnicy udowej i 3 tętniaki tętnicy podkolanowej. We wszystkich chodziło o bierny przestrzał, a otwór znajdował się zawsze po stronie, zwróconej ku kości. Zdaje się przeto, że taka właśnie siedziba uszkodzenia ściany usposabia do wytworzenia się tętniaka.

Tętniak tętnicy podobojczykowej prawej tak wysoko zachodził na szyję, że przypuszczałem raczej tętniaka tętnicy szyjnej wspólnej. Odsłoniłem ją przeto zwyczajnem cięciem wzdłuż mięśnia mostkowosutkowoobojczykowego. Przekonawszy się, że tętniak nie dotyczył tętnicy szyjnej wspólnej, dodałem drugie cięcie wzdłuż obojczyka; po odcięciu przyczepów m. mostkowosutkowoobojczykowego zeszedłem na tętnicę bezimienną, a z niej na tętnicę podobojczykową. Stwierdziwszy, że ona jest źródłem tętniaka, podwiązałem ją tuż przy tętnicy bezimiennej, poczem bez obawy otworzyłem krwiak i z łatwością odszukałem otwór w tętnicy, w tem właśnie miejscu, gdzie się ona krzyżuje z żebrem. Żebro było strzaskane. Operowany w kilka dni później umarł wśród objawów zakażenia septycznego. Odpowiednia kończyna jednak nie okazywała najmniejszych zmian chorobowych, ani anatomicznych, ani czynnościowych.

W tym samym mniej więcej czasie wyłuszczyłem sutek zrakowaciały. W kilka dni po operacyi wystąpił u operowanej gwałtowny krwotok, prawdopodobnie z tętnicy piersiowej biernej lub piersiowogrzbietowej. Przypadkowo byłem w tej chwili przy chorej i podwiązałem tętnicę pachową. W tym również przypadku nie wystąpiły żadne zaburzenia w odpowiedniej kończynie.

Wogóle nikt się nie liczy z ewentualnością zgorzeli kończyny po podwiązaniu tętnicy podobojczykowej [6]). Zapobiegają jej liczne zespolenia naczyniowe, i to w różnej wysokości. Do najwydatniejszych i prawie stałych należą: zespolenie tętnicy sutkowej wewnętrznej przez tętnice nadbrzuszne górną i dolną z tętnicą biodrową zewnętrzną; zespolenie tętnicy poprzecznej z tętnicą okalającą łopatkę; zespolenie obu tętnic tarczowych dolnych i t. d.

Również bez zmian w odżywieniu podwiązałem tętnicę łokciową, promieniową i trzy razy podkolanową.

Jedynie po wysokiem podwiązaniu tętnicy udowej nastąpiła zgorzel kończyny, dochodząca do połowy uda. Mu-

[6]) L. Rydygier. Przegl. lek. 1917, Nr 4.

siałem następowo kończynę amputować w udzie cięciem owalnem. Chory wyzdrowiał.

Tętniaki rzekome operowałem znanym sposobem Kikuriego. Zabieg ten, wykonany w odpowiednim czasie, t. j. jak gałązki zespalające już się dostatecznie rozszerzyły, zapewnia na ogół równie dobry wynik anatomiczny, jak i najbardziej udały szew naczyniowy. Przyznają to i najgorętsi zwolennicy szwu naczyniowego, dodają jednak równocześnie, że po podwiązaniu naczynia pozostaje niewydolność ruchowa kończyny. Trudno uwierzyć, aby niewydolność ta, o ile rzeczywiście jest regułą, była zjawiskiem trwałem, zauważonoby ją bowiem już dawniej, metodę Kikuriego stosowano już bowiem w wojnie japońsko-rosyjskiej, potem w wojnach bałkańskich, a żaden z chirurgów nie zauważył tej ujemnej strony. Swoich zaś chorych pozbywać się musiałem, zanim jeszcze odważyć się można było na funkcyonalne obciążenie kończyny operowanej.

Na podstawie tego, co doświadczyłem i widziałem, i na podstawie ogólnego wrażenia z dotychczasowej literatury, mniemam, że w każdym przypadku krwiaka tętniącego po postrzale tętnicy, podwiązanie naczynia sposobem Kikuriego, wykonane w kilka dni po zauważeniu objawów tętniaka, pozostanie metodą z wyboru.

Jedynie w przypadku uszkodzenia tętnicy udowej pomiędzy tętnicą nabrzuszną dolną, a tętnicą udową głęboką, o ile nie uda się stwierdzić objawu Henle-Coenena, wskazany jest szew naczyniowy.

L. Rydygier[7]) nie entuzyazmuje się również szwem naczyniowym.

Jamy, pozostałej po zoperowaniu tętniaka wspomnianą metodą, nie powinno zmniejszać się szwem. Wiadomo bowiem, że tętniaki urazowe mają wielką skłonność do spraw septycznych. Skutkiem takiej bardzo ostrej sprawy straciłem jednego chorego z tętniakiem tętnicy podkolanowej.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi nad t. zw. zapaleniem wrzodziejącem kiszki grubej

(Colitis ulcerosa, Colitis gravis, Colitis chronica purulenta) i stosunkiem tego cierpienia do czerwonki (dysenteria)

podał

Antoni Gluziński.

(Dokończenie).

A jednak przypadek ten mimo niemożności wykazania w stolcach i w treści wziętej z dna owrzodzeń swoistych zarazków czerwonki nie był niczem innem, jak czerwonką (a nie wrzodziejącem zapaleniem okrężnicy o nieznanej etyologicznie podstawie), jak to niżej wykażę. Idąc za wskazówką prof. Kučery i Dr Gąsiorowskiego, opartą na doświadczeniu, że ujemny wynik bakteryologiczny w stolcach nie wyłącza czerwonki i że w takich przypadkach należy przeprowadzić badania krwi na skalę aglutynacyi rozmaitych szczepów prątka dysenterycznego, by wątpliwość rozjaśnić prosiłem Zakład higieny, który posiadał hodowle prątka dysenterycznego z licznych przypadków i rozmaitych epidemii, o przeprowadzenie badań aglutynacyi i u naszej chorej. Otrzymany wynik badania, które przeprowadził w Zakładzie higieny naszego Uniwersytetu Dr N. Gąsiorowski, za co mu tutaj składam podziękę, opiewał następująco:

Odczyn aglutynacyjny ze surowicą Maryi M., l. 23 liczącej, przesłaną z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu lwowskiego, a prątkami czerwonkowymi typu Shiga-Kruse i odmianami typu Flexnerowskiego (według Krusego prątkami pseudoczerwonkowymi) przedstawiał się następująco:

Szczepy			1/50	1/100	1/150	1/200	1/250	1/300	1/400	1/500
Typ Shiga Kruse			—	—	—	—	—	—	—	—
Typ Flexnera	Pseudodysenteria A	(Łabędzka	—	—	—	—	—	—	—	—
	Pseudodysenteria A	(Lentz	—	—	—	—	—	—	—	—
	» B	Flexner amer.	—	—	—	—	—	—	—	—
	» D	(Bojko	—	—	—	—	—	—	—	—
	» D	Tymkowicz	±	—	—	—	—	—	—	—
	» D	(D-Kruse	—	—	—	—	—	—	—	—
	»	Kleszcz	+	±	—	—	—	—	—	—
	»	E Potrz.	++	++	±	—	—	—	—	—
	»	Kimmel	++	++	++	—	—	—	—	—

— = aglutynacya ujemna;
± = » zaznaczona;
\+ = » wyraźna;
++ = » zupełna;
A, B, D, E = oznaczenie grup bac. pseudodysenteriae (Flexnera) według Krusego.

Wszystkie próby kontrolne wypadły ujemnie.

Surowica badana zachowuje się obojętnie wobec prątków czerwonkowych typu Shiga-Kruse.

Z prątków czerwonkowych typu Flexnerowskiego surowica ta aglutynuje odmianę »Kleszcz« w rozcieńczeniu 1:50. Wobec innych odmian typu Flexnera (według nomenklatury i podziału Krusego wobec pseudodysenteryi A, B, D) surowica badana zachowuje się obojętnie. Ponieważ miano aglutynacyjne ze szczepem »Kimmel« dochodzi do wysokości 1:150, przy któremto rozcieńczeniu — jak doświadczenie poucza — surowica pobrana z osoby, która nie przebyła czerwonki, nie daje już nigdy dodatniego odczynu aglutynacyjnego, należy aglutynacyjne zachowanie się badanej surowicy wobec szczepu »Kimmel« uważać za swoiste. Surowica więc ta pochodzi z osoby, która przebyła czerwonkę, wywołaną prątkami czerwonkowymi typu Flexnera, należącymi, względnie zbliżonymi, do odmiany »Kimmel«. W końcu należy zaznaczyć, że odmianę »Kimmel« tworzy grupa prątków czerwonkowych rzadko spotykanych.

Jestto szczep wyosobniony w przypadku czerwonki w zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie[6]). Wykazuje on brak ruchów, daje kolonie o typowym wyglądzie prątków czerwonkowych, nie fermentuje cukru mlecznego ani trzcinowego, zakwasza energicznie oraz ścina pożywkę Barsiekowa z cukrem gronowym wzgl. mannitem wzgl. maltozą, nie wytwarzając jednak gazów. Zachowanie się więc szczepu »Kimmel« na pożywkach, każe nam zaliczyć prątka tego do dużej rodziny prątków czerwonkowych i to — jak wskazuje zakwaszenie mannitu i maltozy, do grupy nazwanej przez jednych prątkiem Flexnera, przez Krusego zaś bac. pseudodysenteriae. Od prątka Shigi-Krusego wyróżnia go zakwaszenie mannitu oraz maltozy, zaś od bac. Y (zaliczanego przez Krusego również do bac. pseudodysenteriae) zakwaszenie maltozy.

Pod względem aglutynacyjnym szczep »Kimmel« — jak to wykazały wszechstronne badania zapomocą surowic wielowartościowych przeprowadzone w Zakładzie higieny przez Dr Gąsiorowskiego, o których mowa będzie w specyalnej pracy nad prątkami czerwonkowymi — stanowi w grupie pseudodysenteryi zupełnie osobną odmianę równorzędną z całym szeregiem od-

[7]) Przegl. lek. 1917, Nr 1.

[2]) Referat Gąsiorowskiego-Kucery-Rudzkiego na I. Zjeździe intern. polskich w Krakowie.

mian, zakreślonych w grupie pseudodysenteryi już poprzednio przez Krusego [3])«.

A więc przypadek nasz, zupełnie identyczny z przypadkami, ogłoszonymi dotąd przez Boasa, Rosenheima, Schmidta i t. d., który na podstawie, uznanej przez nich, że w stolcach i w owrzodzeniach nie można było wykazać swoistych prątków dla czerwonki figurowałby i potwierdzałby istnienie osobnej jednostki chorobowej: »Colitis gravis ulcerosa« — nie był niczem innem, jak ciężką przewlekłą czerwonką. Przypadek nasz każe odnosić się z wielkim sceptycyzmem do dotychczasowych spostrzeżeń, które ogłoszono jako odrębną postać chorobową (Colitis gravis ulcerosa) na tej podstawie, że w stolcach tych przypadków nie wykazano swoistych dla czerwonki prątków. Ta podstawa wystarczyć nie może. Dziś przecież wiadomo ogólnie, że metody wykazywania prątków czerwonkowych w stolcach chorych daleko nie dorównują sposobom wyhodowania swoistych bakteryi w cholerze i durze brzusznym. Wszak nawet w przypadkach typowej ostrej czerwonki odsetek dodatnich wyników badań bakteryologicznych waha się około 50%, a w przypadkach czerwonki przewlekłej można uważać wynik dodatni wprost za traf! Przypadki te przy ujemnym wyniku badania stolców muszą być badane co do aglutynacyi w sposób taki, jak nasz przypadek, czego w dotychczasowych spostrzeżeniach nie robiono, a ponieważ tego nie robiono, niema się prawa uważać ich za odrębną postać chorobową, niema się prawa tworzyć nowej postaci, przynajmniej dopóty, pókiby badania, we wskazany sposób przeprowadzone, nie pouczyły czego innego. W czasie toczącej się wojny epidemie czerwonki niepoślednie zajmują miejsce i przypadki, podobne do naszego, nie będą wyjątkami. — Pole do badań gotowe; ma to niepoślednie znaczenie i dla leczenia tych przypadków i dla roznoszenia zarazków.

Co do leczenia naszego przypadku jeszcze uwag kilka. Leczenie miejscowe (lewatywami oczyszczającemi i ściągającemi), odkażanie przewodu pokarmowego (kalomel, przetwory salicylowe, ol. ricini) nie wywierały żadnego skutku. Poronienie sztuczne, dokonane w tak ciężkim stanie chorej, bo wśród objawów ogólnego niejako zakażenia (sepsis) mimo bezpośredniego pogorszenia stanu chorej, mamy przekonanie, że było konieczne i że bez niego, przy rozwijającej się ciąży, nie osiągnęlibyśmy pomyślnego zwrotu. Na pomyślny ten zwrot obok sztucznego poronienia, troskliwej opieki, wpłynęło może i zastosowanie erytrargolu w dawkach przytoczonych, a nie obojętną było rzeczą — takie odnieśliśmy wrażenie — zastosowanie szczepionki z prątka okrężnicy, wyhodowanego z dna owrzodzeń.

Skuteczność szczepionki przyrządzonej z prątka okrężnicy na pierwszy rzut oka mogłaby się wydawać sprzeczną z przyczynowem pojęciem choroby, jako przewlekłej czerwonki. Niemniej jednak pozostaje ono w zupełnej zgodzie z dotychczasowemi zapatrywaniami teoretycznemi, jakoteż z wynikami praktycznymi, zebranymi w innych chorobach zakaźnych, jak to wynika z następującego przedstawienia:

Wiemy, że chcąc ochronić człowieka zapomocą szczepionki przed pewną chorobą zakaźną n. p. durem brzusznym (działanie zapobiegawcze szczepionek) lub chcąc wpłynąć zapomocą szczepionki na chorobę już się toczącą (działanie lecznicze szczepionek) najpewniejszy skutek osiągamy zapomocą szczepionki swoistej, t. j. przyrządzonej w danym przypadku z prątka duru brzusznego. Stosując tę właśnie szczepionkę, mamy pewność, że wywołujemy w ustroju człowieka szczepionego wytwarzanie się ciał ochronnych (bakteryolizyn, opsonin) swoistych, t. j. ściśle zastosowanych do zarazka tyfusowego. Wiemy jednak dalej, że pewna, nieraz nawet znaczna ilość takich ciał ochronnych, dostosowanych do prątka durowego, może pojawić się w ustroju i po wstrzyknięciu nie samych prątków durowych, lecz drobnoustrojów pokrewnych, n. p. prątków duru wrzekomego (b. paratyphi) lub nawet prątków okrężnicy (b. coli) i że pojawia się w danym przypadku tych ciał tem więcej, im prątek użyty do przyrządzania szczepionki jest bliższym zarazka. przeciw któremu mamy zamiar ustrój uodpornić. Za daleko odbieglibyśmy od tematu, gdyby chcieć tłómaczyć tutaj istotę tego zjawiska, mającego swoje źródło w podobnej budowie drobin białka (t. zw. chwytników czyli receptorów) u pewnych bakteryi; dla naszego celu wystarcza samo stwierdzenie faktu, że pewien stopień odporności przeciw danemu zarazkowi można nadać ustrojowi ludzkiemu nietylko przez szczepionkę ściśle swoistą, lecz i przez szczepionkę, sporządzoną z bakteryi pokrewnych. A właśnie między prątkami czerwonkowymi prątek typu »Kimmel« lub jego blizki krewny — sądząc z podanego wyżej wyniku aglutynacyi — był powodem opisanego w naszym przypadku schorzenia, a stoi on w szeregu odmian prątków czerwonkowych najbliżej prątka okrężnicy. Widzimy to bardzo ładnie na pożywkach, na których, jak to wyżej podano, objawia szczep »Kimmel« z jednej strony niewątpliwą swą przynależność do prątków czerwonkowych, z drugiej strony jednak silnie występujący odczyn indolowy w wodzie peptonowej, o wiele energiczniejsze zaczerwienienie oraz rychlej występujący skrzep w pożywkach Barsiekowa z glikozą wzgl. mannitem lub maltozą, niż to stwierdzamy u innych odmian prątków pseudodysenteryi, świadczą o daleko bliższem pokrewieństwie szczepu »Kimmel« do prątka okrężnicy, niż pokrewieństwo, jakie wykazują n. p. typowy prątek Flexnera lub prątek Y, nie mówiąc wcale o prątku Shiga-Krusego. Na tej podstawie zrozumiemy więc, że tak, jak z jednej strony zupełnie dopuszczalnem jest odnosić poprawę, zauważoną w przebiegu opisanego przypadku, do zastosowania szczepionki z prątka okrężnicy, tak znów z drugiej strony takie przypuszczenie pozostaje w zupełnej zgodzie z zasadniczem pojęciem danego cierpienia, jako zakażenia czerwonkowego.

Zapewne, że racyonalniejsze byłoby wytworzenie dla celów leczniczych w naszym przypadku szczepionki ze szczepu »Kimmel« i tak bylibyśmy postąpili, gdybyśmy nie uprzedzeni dotychczasowymi spostrzeżeniami i nie opierając się na samem bakteryologicznem badaniu stolców i treści z dna owrzodzeń, wcześniej przeprowadzili badanie krwi co do aglutynacyi.

Badanie też krwi co do miana aglutynacyjnego wobec rozmaitych szczepów czerwonki w przypadkach takich, jak nasz i wiele ogłoszonych, jako »Colitis gravis, ulcerosa«, ma dwa cele przed sobą:

1) stwierdzenie, że to są przecież przypadki czerwonki i wykrycie przynajmniej zbliżonego gatunku, który wywołał sprawę chorobową;

2) wytworzenie dla celów leczniczych z prątka, dającego najwyższe miano aglutynacyjne, odpowiednich szczepionek, które w podobnych przypadkach, o tak ciężkim przebiegu, mogą wywrzeć skutek pomyślny.

---

[3]) Kruse, Rittershaus, Kemp und Metz. Zeitschrift f. Hygiene 57. 1907.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 21. lutego 1917.

Przewodniczy prezes Ciechanowski. Obecnych członków 30.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego prezes Ciechanowski poświęca gorące wspomnienie zgasłemu członkowi,

ś. p. prof. Dr Stanisławowi Dobrowolskiemu, byłemu prezesowi Towarzystwa w r. 1909. Przemówienia prezesa wysłuchali obecni stojąc.

1) Kol. Borowiecki przedstawił a) chorego **z kanałem postrzałowym** idącym niewątpliwie przez **rdzeń przedłużony z objawami porażenia lewostronnego krtani,** porażenia zanikowego lewej połowy języka, prawostronnego porażenia kurczowego twarzy, ręki i nogi, oraz z zespołem objawów afatycznych (afazya motoryczna, sensoryczna, agrafia). Obraz ten, który każe przypuścić poza rdzeniem przedłużonym drugie ognisko w okolicy ośrodków mowy lewej półkuli mózgu, ilustruje wpływ postrzału na części mózgu, nieuszkodzone bezpośrednio (działanie boczne rozsadzające pocisku, odłamki kostne itd.)

b) Dalej przedstawił kol. B. chorą na **tężyczkę,** powstałą po **usunięciu gruczołu tarczowego** ze zwykłymi objawami kurczów tonicznych w rękach, objawami Chwostka, Trousseau i Erba, a nadto objawami kurczu głośni, drgawek padaczkowatych, zniesieniem odruchów źrenicznych na światło i akomodacyę, oraz zaćmą miękką.

c) Wreszcie przedstawił kol. B. chorego od dzieciństwa z objawami **drżenia kończyn dolnych i tułowia,** współruchami i drobnymi ruchami, przypominającymi atetozę w rękach, oraz drgawkami myoklonicznemi w stopach i palcach. Sięgając poza rozpoznanie objawowe, przypuszczaćby można ze względu na współruchy i ruchy, przypominające atetozę w rękach, sprawę zapalną opon i mózgu, przebytą w dzieciństwie. Przypadek ten przedstawiałby w takim razie przykład polimorfizmu objawów ruchowych w stanach zapalnych mózgu i opon (Schultze, Flatau, Sterling i inni), a myoklonia w nim spostrzegana byłaby objawową. Z drugiej strony jednak można z pewnem prawdopodobieństwem przypuścić, że mamy tu t. zw. paramyoclonus multiplex czyli **myokłonię,** jako cierpienie samoistne, skombinowane z drżeniem, współruchami oraz ruchami, przypominającymi atetozę. Jak wiadomo, wyodrębnienie myoklonii od innych cierpień układu nerwowego nastręcza dotychczas bardzo wielkie trudności.

W ożywionej dyskusyi zabierali głos koledzy: prof. Nowotny, Spira, Blassberg, prof. Ciechanowski, prof. Majewski, poczem kol. Borowiecki udzielał wyjaśnień.

2) Kol. Leonard Bier wygłosił wykład: **Mąka, a chleb wojenny** (Rzecz będzie w całości ogłoszona drukiem).

W dyskusyi kol. Ciechanowski zwraca uwagę na praktyczną doniosłość badań kol. Biera, które rzucają światło na częste przypadki zaburzeń trawienia, powstających bez wyraźnej przyczyny, przy napozór zupełnie dobrem pożywieniu, w szczególności przy używaniu napozór nienagannego pieczywa. Zarazem wprowadził kol. Bier na porządek dzienny bardzo ważną społecznohigieniczną sprawę wyżywienia ludności, którąby powinno się Towarzystwo zająć ze stanowiska lekarskiego ze względu na szkody, zagrażające zdrowiu publicznemu przez niedostateczną ilość i nieodpowiednią jakość żywności.

Dla rozpatrzenia tej sprawy wybrano komisyę, do której weszli koledzy: Bier, Ciechanowski, Nitsch i Służewski.

Po posiedzeniu pod przewodnictwem kierownika zakładu, kol. Biera, zwiedzono szczegółowo Zakład dla badania środków spożywczych, który tuż przed wybuchem wojny został według planów kol. Biera rozmieszczony w nowym lokalu i odpowiednio urządzony.

Zastępca sekretarza: Dr Michejda.

Posiedzenie dnia 28. lutego 1917.

Przewodniczy: prezes kol. Ciechanowski. Obecnych członków 30.

1) Kol. Rosenhauch przedstawia a) rzadki przypadek **mięsaka barwikowego tęczówki** i omawia symptomatologię, rozpoznanie i leczenie tej sprawy chorobowej.

W dyskusyi zabierali głos koledzy Ciechanowski, Kleczkowski i prelegent.

b) Dwa przypadki **skojarzonych porażeń mięśni ocznych** na stronę prawą na tle histerycznem po urazach, które same przez się nie tłómaczą tych zmian. Oba przypadki są wyleczone psychoterapią, jeden przy użyciu prądu faradycznego, drugi zapowiedzią zabiegu operacyjnego.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Birnbaum, kol. prof. Majewski, który nie wyklucza w tych przypadkach symulacyi, i prelegent.

c) Chorego, z blizną twardówki, częściowym brakiem tęczówki (coloboma iridis) i brakiem soczewki, zmianami zatem takiemi, jakie spotykamy po usunięciu operacyjnem zaćmy, wywołanemi w przedstawionym przypadku przez **uderzenie kopytem** końskiem. Zapomocą odpowiednich szkieł wypukłych można bystrość wzroku u chorego podnieść prawie do stanu prawidłowego.

W dyskusyi a) kol. Kleczkowski opisuje podobny przypadek, spostrzegany w klinice okulistycznej, w którym zmiany tesame wywołane zostały przez uderzenie rogiem krowy.

b) Kol. prof. Majewski zaznacza, że o »leczniczym« wpływie uderzenia w podobnych przypadkach można tylko wówczas mówić, gdy dotyczą one ludzi ze zaćmioną soczewką. Niemniej jednak los takich oczu jest na dalszą przyszłość bardzo niepewny.

2) Kol. Dr Walter wygłosił wykład: **W sprawie rokowania i leczenia wiewióra u kobiet.** (Rzecz ogłoszona drukiem w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: a) kol. Wojciechowski: Ostre przypadki wiewióra u kobiet powinny być leczone wyczekująco: leżeniem ew. podawaniem środków moczopędnych i nic więcej. Leczenia miejscowego w tym okresie należy unikać, a zwłaszcza ostrzega mowca przed wstrzykiwaniem rozczynów przeciwgnilnych do szyjki, a tem bardziej do jamy macicy, gdyż jest to sposób, wiodący najczęściej do zakażenia wewnętrznych części narządu rodnego kobiety.

b) Kol. prof. Rosner: Leczenie miejscowe w ostrym okresie nie wiedzie do celu, gdyż z jednej strony przypadki te nie leczą się prędzej, z drugiej strony wszelkie zabiegi miejscowe wiodą do okaleczeń zmienionej zapalnie błony śluzowej. Z tego powodu w okresie ostrego wiewióra poleca mowca swym chorym leżenie kilkutygodniowe i nic więcej. Czasami samo to wystarczy już do zupełnego wyleczenia. W każdym razie uzyskuje się w ten sposób ustąpienie ostrych objawów, poczem dopiero jest czas na leczenie miejscowe. Jeśli już zajęta jest szyjka macicy, to przedewszystkiem dążyć należy do tego, by nie dopuścić do zajęcia części rodnych wyżej położonych. Z tego powodu bezwzględnie unikać trzeba wstrzykiwań płynów przeciwgnilnych do szyjki pod ciśnieniem, gdyż grozi to zajęciem przydatków. A objawia się ono nie wtenczas, gdy właściwie następuje, ale wtenczas, gdy zajęta zostaje otrzewna, więc dość późno. Nawet badania wewnętrznego unika mowca z tych powodów przy świeżym wiewiórze. Dopiero po 2—3 miesiącach przystępuje bardzo ostrożnie do miejscowego leczenia szyjki, przyczem unika jeszcze okresu przedmiesiączkowego, tak że na tydzień przed oczekiwaną miesiączką już przerywa leczenie miejscowe. Pytania, czy kobieta jest wyleczona, nie rozstrzyga stanowczo ujemny wynik badania bakteryologicznego. Lepszym znacznie dowodem jest śluzoropotok u noworodków i ascenzya gonokoków po porodzie, występująca często u kobiet, u których badanie mikroskopowe, kilkakrotnie powtarzane, stale wypadało ujemnie. Radykalniej, niż prelegent, leczy mowca gruczoły Bartholiniego; jeżeli postępowanie zachowawcze nieprędko wiedzie do celu, to mowca wycina gruczoły, gdyż nie spodziewa się dobrego wyniku od wstrzykiwań do zbyt cienkiego i krętego przewodu gruczołowego. Wiewiór przewodu okołocewkowego leczy mowca elektrokauterem. Wiewiór u młodych dziewcząt jest uporczywszy, niż u dorosłych, mowca spostrzegał jednak często samorodne leczenie się wiewióra w okresie dorastania.

c) Kol. prof. Krzyształowicz: Przy ostrym wiewiórze cewki u kobiet zaleca tylko spokój i odsyła chore do ginekologów. U kobiet jednak publicznych chodzi więcej o to, by leczyć nietylko dobrze, ale i prędko. Z tego powodu uzasadnione jest stanowisko prelegenta, który rozporządza tym właśnie materyałem. Prostytutki mają najczęściej wiewiór przewlekły, usadowiony w gruczołach Bartholiniego i przewodach okołocewkowych; operacyjne leczenie wspomnianych gruczołów jest wobec tego i wobec trudności leczenia zachowawczego wskazane; niestety u mężczyzny nie można postąpić z gruczołem krokowym tak, jak u kobiety z gruczołami Bartholiniego. Stwierdzenie, czy osoba, która przechodziła wiewiór, jest wyleczona, czy nie, jest zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, niemożliwe. Ujemne badanie mikroskopowe nie dowodzi niczego więcej, jak tylko tego, że dwoinek wiewiórowych nie znaleziono, ale nigdy, że badana osoba jest zupełnie zdrowa.

d) Kol. Kleczkowski zapytuje o wyniki leczenia wiewióra podanemi przez Nicola szczepionkami osłabionych hodowli dwoinek. Klinika okulistyczna miała przy stosowaniu tych szczepionek w przypadkach śluzoropotoku u dzieci wyniki dobre, niestety jednak doświadczenia kliniki w tym kierunku nie były czyste, gdyż ze względu na powagę schorzenia zawsze obok leczenia »swoistego« nie zaniedbywano zwykłego leczenia miejscowego. Zauważono jednak przytem bardzo znaczne skrócenie okresu

leczenia. Później leczenie miejscowe ograniczono do przepłukiwań worka spojówkowego obojętnymi rozczynami, ale też wyniki wówczas nie były już tak dobre.

e) Kol. prof. Braun: Wiewiór zewnętrzny u kobiety, zajmujący cewkę, pochwę, szyjkę maciczną i odbytnicę jest uleczalny natomiast wiewiór wewnętrzny, obejmujący trzon macicy i przydatki, jest nieuleczalny.

f) Kol. Walter udzielając wyjaśnień podnosi, że szczepionki wartości leczniczej nie mają, a tylko rozpoznawczą.

zast. sekretarza Dr Michejda.

Posiedzenie dnia 7. marca 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski. Obecnych członków 32.

1) Przed przystąpieniem do porządku dziennego odczytuje prezes zaproszenie Krajowego Komitetu opieki nad inwalidami wojennymi, na otwarcie wystawy prac i robót, wykonanych przez inwalidów z działu przemysłu domowego.

2) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu prezes wita gości, kolegów Wodnieckiego i Motykę.

3) Kol. Nowaczyński przedstawia przypadek **polyserositis acuta**, który rozpoczął się nagle, a w którym przyszło kolejno do zajęcia wszystkich błon surowiczych, to jest obu opłucnych, osierdzia i otrzewnej, przy zmniejszonej znacznie ilości moczu i odczynie Pirqueta ujemnym. Niemniej jednak przyroda gruźlicza tego cierpienia jest prawdopodobna, za czem w danym przypadku przemawiają zmiany gruźlicze na skórze. Leczono chorego podawaniem środków moczopędnych, później nakłuciem osierdzia (wydobyto 860 cm^3 płynu) i obu opłucnych poczem nastąpiła znaczna poprawa. Prelegent omawia szczegółowo technikę nakłucia osierdzia, przy którem unikać należy zranienia serca, naczyń sutkowych i opłucnej. Z tego powodu poleca nakłucie przy lewym brzegu mostka na wewnątrz od naczyń sutkowych, albo w 5 lub 6 międzyżebrzu w linii sutkowej.

Dyskusyę, do której zgłosił się kol. Braun i Kader, odłożono na następne posiedzenie.

4) Kol. Rosner przedstawia 18-letnią chorą **z makromastyą prawostronną**, powstałą w kilku ostatnich miesiącach. Etyologia tej sprawy jest ciemna. Pod względem leczniczym należałoby starać się o wywołanie zaniku przez podwiązanie tętnic doprowadzających krew do sutka, tj. tętnicy sutkowej wewn. i nabrzusznej. Niewykluczona jednak jest amputacya. W przypadku podobnym, spostrzeganym przed laty, badanie histologiczne wykazało prawidłowe utkanie sutka.

Dyskusyę, do której zgłosił się kol. Wojciechowski i Engländer odłożono.

5) Kol. Schanzenbach przedstawia przypadek **mikrotyi** i omawia jego embryologiczne podstawy.

6) Kol. Steinberg: **Z dziedziny leczenia złamań szczęki** (z przedstawieniem chorych, modeli i przeźroczy).

Prelegent zaznacza podobieństwo warunków przy zabiegach ortopedycznych na szczęce dziecięcej i przy złamaniach szczęki. Doświadczony ortopeda jest zwykle panem sytuacyi, a chory nie jest przedmiotem doświadczenia. Mowca zaznacza z całym naciskiem, że każda metoda wiedzie do celu, tylko nie do tak pewnego, jaki doświadczony ortopeda może osiągnąć. Głównym celem, do którego tutaj należy dążyć, jest nietylko ustalenie złamanych części szczęki i zapewnienie tego ustalenia podczas jej czynności fizyologicznych, lecz także przywrócenie tych wszystkich czynników, które współdziałają przy czynności prawidłowej. Za te czynniki uważa prelegent mięśnie języka, twarzy, szczęki i warg, następnie ciśnienie ujemne w jamie ustnej i kształt poszczególnych zębów. Następnie po omówieniu znaczenia poszczególnych tych czynników i ich wpływu na cały rozwój ciała, poleca zwracanie uwagi przy leczeniu złamań szczęki na cały ten kompleks, a nie tylko na kości szczęki. Metody leczenia dawniejsze można podzielić na 3 grupy. We wszystkich tych grupach powtarza się w rozmaitych odmianach przedewszystkiem ta dążność, by odłamkom kostnym przywrócić dawne po-

łożenie, i to się zwykle udaje. Lecz przy wszystkich tych aparatach, których wykonanie jest dość trudne, nie ma się wolnego dostępu do rany, której każdej chwili bez poruszenia całości tknąć nie można, przez co bardzo jest utrudnione jej leczenie antyseptyczne. Wszystkie te dawniej używane aparaty cechuje pewien sztywny mechanizm, który nie pozwala naśladować ani zastąpić utraconych fizyologicznych czynników. Na tem polega zasadnicza różnica między dawniejszem leczeniem, a dzisiejszem ortodentystycznem. Odontoortopeda ustala fragmenty zapomocą prostego i dopasowanego łuku, a utraconą ciągłość kości zastępuje zapomocą międzyszczękowego ich sprzężenia. Przy takiem postępowaniu można bez żadnego nacisku manipulować na odłamkach szczęki i bardzo często jest zbytecznem wypełniać luki między kośćmi zapomocą protez. Prelegent używa protez tylko wtenczas, gdy chodzi mu o ochronę mniejszych odłamków kostnych, które w ten sposób dają się zachować. Bardzo wielkie znaczenie ma przytem plastyka części miękkich. W związku z wykładem przedstawia kol. Steinberg cały szereg fotografii, modeli i przeźroczy z przypadków, leczonych przez siebie. (Oklaski)

W dyskusyi zabierali głos kol. Kader i Ciechanowski.

Zast. sekr. Dr Michejda.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 20. VI. b. r, posiedzenie, na którem miał odczyt Dr Dadej o spostrzeżeniach nad tyfusem plamistym ze stanowiska klinicznego i bakteryologicznego (wartość odczynu Weila). W dyskusyi przemawiali koledzy: Blassberg, Kostrzewski, prof. Nitsch, prof. Godlewski, prof. Latkowski i Konwerski.

Następne posiedzenie odbędzie się we środę 27. VI. b. r.

— Dyrektorem krajowego szpitala św. Łazarza został mianowany Dr Józef Starzewski, dotychczasowy dyrektor powszechnego szpitala we Lwowie.

— Wydział krajowy rozpisuje konkurs na posadę dyrektora kraj. szpitala powszechnego we Lwowie. Podania należy wnosić do Wydziału krajowego w Krakowie (ul. Smoleńsk l. 10) w terminie do dnia 30 września 1917 r.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 27. czerwca** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Prof. Latkowski: Demonstracye kliniczne; 2) Odczyt Dr Waltera: Reinfectio syphilitica.

Nadesłane.

KONKURS.

Wydział krajowy rozpisuje niniejszem konkurs na posadę dyrektora kraj. szpitala powszechnego we Lwowie.

Podania należy wnosić do Wydziału krajowego w Krakowie (ul. Smoleńsk l. 10) w terminie do dnia 30. września 1917 r. załączając do nich:

1) metrykę urodzenia,

2) świadectwo przynależności,

3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z Uniwersytetów monarchii austryacko-węgierskiej.

4) dowód z odbycia praktyki szpitalnej oraz ewentualne inne dokumenty, świadczące o odbytych studyach,

5) opis życia.

Pierwszeństwo będą mieli kandydaci obznajomieni z administracyą zakładów leczniczych.

Z posadą powyższą złączone są następujące pobory:

1) płaca roczna 6.400 (sześć tysięcy czterysta) Koron,

2) mieszkanie w naturze ewentualnie relutum wedle uznania Wydziału krajowego,

3) deputat opału i światła,

4) prawo do dwóch dodatków pięcioletnich i jednego trzyletniego po 800 (ośmset) Koron. 241

Wydział krajowy.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 26. Kraków, 30. czerwca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów)
Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący **Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi** Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 30. czerwca 1917. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala garnizonowego w Krakowie.
(Komendant starszy lekarz sztabowy Dr Dąbrowski).

Zranienia wojenne oczu i wskazania chirurgiczne przy leczeniu

podał

Dr Henryk Birnbaum.

Zranienia oczu nie są częstsze, niżby to wynikało ze stosunku ich eksponowanej powierzchni do powierzchni całego ciała; tem fatalniejsze są skutki, a znaczenie ich jest tyle razy ważniejsze, ile razy oko przewyższa ważnością swoją inne części ciała.

Czy każde oko zranione jest stracone?

Ze statystyki, zebranej na materyale w szpitalu garnizonowym w Krakowie, która zresztą nie może być zupełnie ścisłą, gdyż chorzy przyjmowani są tu tylko przejściowo, wynika, że u przeszło 30% oko ranne jest albo zdruzgotane, albo musi być później usunięte, a około 85% ze wszystkich ranionych w oczy traci widzenie jakościowe w większym lub mniejszym stopniu. Jeżeli nie uwzględnimy pocisków, trafiających samo oko, a druzgocących ten delikatny narząd, to można powiedzieć, że prawie wszystkie pociski, które nie są szczególnie lekkie i szczególnie małe i które uderzają w blizkie sąsiedztwo oka, już nie w samo oko, wywołują ekspulsywny krwotok we wnętrzu oka. Krwotoki takie są szkodą nie do naprawienia, gdyż się nie wsysają, ale organizują, a w najlepszym razie, gdy nie są zbyt wielkie, wywołują bujanie tkanki łącznej na miejscu czułej siatkówki (retinitis proliferans), a więc zmiany, które czynią siatkówkę niezdolną do odbierania wrażeń świetlnych.

Gdy tylko 10—15% rannych w oko, jak wynika ze statystyki, zachowuje widzenie jakościowe, t. j. możność rozróżniania wrażeń świetlnych, to widzenie ilościowe, czyli poczucie światła zachowuje już większy odsetek rannych, a w wielu przypadkach zupełnej utraty wzroku da się oko anatomo-morfologicznie utrzymać.

Ten napozór tylko kosmetyczny zysk ma jednak ogromne znaczenie.

Ażeby to zrozumieć, warto przypomnieć, że wcale nie tak mało ludzi demaskuje się dopiero w pokoju ordynacyjnym lekarza ku ich własnemu nieraz zdziwieniu, jako patrzący na świat jednem tylko okiem, gdy drugie ma wszystkie z właściwości oka prócz najważniejszej, t. j. widzenia. A jednak ludziom tym ani na chwilę nie przychodzi na myśl uważać się za upośledzonych, a tem mniej czyni to ich otoczenie.

Podobnie utrata widzenia na jednem oku bez straty oka samego, o ile jest wynikiem jakiejś choroby wewnątrz oka, jak krwotok lub zator i t. p., jest wprawdzie urazem psychicznym, ale ludzie zresztą zdrowi i zrównoważeni przechodzą nad tem po jakimś czasie do porządku dziennego.

Zupełnie inną rzeczą jest utracić oko, t. zn. gałkę oczną i być uważanym za jednookiego. Jest to katastrofa, która wyciska piętno, niełatwo dające się mimo pięknych protez przysłonić.

Wychodząc z założenia, że lwia część wszystkich zranień oka kończy się utratą jego czynności, można powiedzieć, że najważniejszem zadaniem chirurgii ocznej jest utrzymanie oka, t. z. gałki ocznej, pod względem anatomo-morfologicznym, nawet gdy musimy zrezygnować z utrzymania czynności oka. Że to zadanie nie jest wcale łatwe ani proste, uzna każdy, kto sobie uprzytomni beznadziejność wszelkich zakażeń wnętrza oka i zapaleń współczulnych i wreszcie wielką odpowiedzialność lekarza, który ma rozstrzygnąć o usunięciu lub zostawieniu oka.

Zadaniem naszem jest sprowadzić ilość koniecznych enukleacyi do minimum; znaczy to innemi słowy zmniejszyć ilość zakażeń.

Pomijając cały szereg przypadków, gdzie nie jest w naszej mocy oko uchronić od zakażenia, jak przy zanieczyszczonych ciałach obcych, drążących w głąb, mamy inne przypadki, gdzie przez wczesne zamykanie ran zakażenie uchylić można. Mam tu na myśli zranienia gałki ocznej, przy których powstaje rana drążąca przez powłoki do komory przedniej, względnie do ciałka szklistego nawet z częściowem jego wypadnięciem. Obraz po zranieniu może być rozmaity, począwszy od szerokiego otworu, z którego wyziera ciałko szkliste aż do punkcikowatej czerwonej plamki, poza którą nic nie widać.

Rana otwarta jest czynnikiem, sprzyjającym zakażeniu, gdyż i ciałko szkliste i tęczówka i komora przednia są bardzo dobrem podłożem dla wszelkiego rodzaju bakteryi. Najlepszą obroną przed zakażeniem oka jest jaknajszybsze zasklepienie rany; rokowania zaś istniejącego już zakażenia przez to się nie pogarsza.

Zasada jaknajszybszego zamykania rany, która dla każdego okulisty jest niewątpliwą, bywa w dziwny sposób lekceważona przy zranieniach wojennych oczu, właśnie przy tych zranieniach, przy których lekki zabieg wystarczyłby, aby usunąć niebezpieczeństwo zakażenia. Bierność w takich przypadkach tłómaczy się przesadnym strachem przed ciałem obcem we wnętrzu oka. Ale jeżeli gdzie, to właśnie przy zranieniach ocznych i w czasie wojny jest to wielkim błędem. Zasada: ciało obce należy za wszelką cenę usunąć z oka, jest — jeżeli zastanowimy się nad niezbędnymi środkami pomocniczymi — przy obecnych warunkach najczęściej »pium desiderium«. Ciałem obcem nie zawsze jest żelazo; magnes zatem, który wyjątkowo tylko się znajdzie w szpitalu improwizowanym, także nie wiele pomoże. Wydobycie zaś innego rodzaju ciała obcego jest rzeczywiście rzeczą nie łatwą, jeżeli nie można określić dokładnie jego siedziby. Rentgenologia oka jest dopiero w zaczątkach, a technikę jej posiada niewielu.

Jest zatem optymizmem nie do wybaczenia, jeżeli wy-

syła się takiego chorego z raną otwartą w głąb kraju w tej myśli, że tam się znajdzie sposób usunięcia ciała obcego i uratowania oka. W rzeczywistości, kiedy chorzy ci dostają się w 15—20 dni po zranieniu w głąb kraju, są oni w takim stanie, że nie pozostaje nic innego, jak pospieszyć się z enukleacyą, a to tylko nieraz dlatego, że pozostawiono ranę otwartą jej losowi.

Nie mówiąc o przypadkach, w których tylko się przypuszcza obecność ciała obcego w oku, sądzę, że zamknięcie ran nie jest rzeczą przeciwwskazaną także i wtedy, gdy się jest pewnym takiego ciała w oku, którego jednak w danej chwili z jakichkolwiek powodów usunąć nie można. Przeciwnie jest zamknięcie rany wskazane nawet wtedy, jeżeli nawet można odsyłać takich chorych do wielkich klinik, gdzie zawsze jeszcze można ranę na nowo otworzyć, jeżeli to jest potrzebne do wyjęcia obcego ciała; co przy aseptycznych kautelach jest zawsze mniej niebezpieczne, niż zostawianie przez szereg dni otwartej rany.

Wobec ran w obrębie rogówki inaczej postępujemy niż wobec ran twardówki. Wobec rany twardówki postępujemy w sposób bardzo prosty. Odpreparowawszy w okolicy rany spojówkę od twardówki i obciąwszy wypadłą część ciałka szklistego (o ile ono wypadło), zeszywa się najpierw twardówkę, a nad nią spojówkę. To wszystko wykonuje się oczywiście w narkozie, gdyż pierwszym odruchem chorego przy każdej operacyi oka jest ściskanie powiek, a przy otwartej ranie w twardówce wyciska sobie chory w ten sposób ciałko szkliste.

O wiele jednak częstsze są rany rogówkowe z następstwami, t. zn. z wypadnięciem. Wprawdzie rany te mają skłonność do samorodnego zamykania się i niebezpieczeństwo zakażenia jest tu mniejsze, aniżeli przy ranach twardówki; istnieje ono jednak w każdym razie, zwłaszcza przy wypadnięciu tęczówki.

Nawet w przypadkach pomyślnych, gdy podrażnienie oka mija bez zakażenia, widzimy nieraz z początkowo gładkiej, w bliznę wrośniętej tęczówki tworzące się kosmetycznie nader szpecące garbiaki, jako następstwo lub jako przyczynę jaskry. Dlatego wobec wszystkich ran rogówki, o ile są dość świeże, stosujemy plastykę spojówkową (zwaną Kuhntowską). Przekonałem się, że plastyka spojówkowa w zastosowaniu do przypadków wojennych, które jeżeli nie jakościowo, to w każdym razie ilościowo bardzo się różnią od czasów pokojowych, jest jedynym szybkim środkiem wiodącym do zblednięcia oka, o ile niema innych przyczyn, podtrzymujących jego podrażnienie.

Dla przypomnienia podaję pokrótce technikę tego zabiegu. Otóż przecinamy spojówkę w miejscu, gdzie ona przechodzi w rąbek (limbus) w obrębie półkola i odpreparowujemy ją od twardówki, idąc ku obwodowi, przez co powstaje kieszeń spojówkowa. Przeciąwszy spojówkę u dna kieszonki, uzyskujemy most spojówkowy, który nićmi podwójnie uzbrojonemi ściągamy ku ranie, aby ją nakrywał i po przeciwległej stronie przymocowujemy do spojówki. Wypadnięcie tęczówki przed nakryciem rany usuwamy przez odcięcie. Spojówka przyrasta w miejscu, gdzie styka się z raną rogówki, reszta zostaje luźna; to też po kilku dniach usuwamy nitki, luźna spojówka cofa się, tworząc obraz podobny do skrzydlika (pterygium). Okolica coraz bardziej blednie, a po dłuższym czasie mamy przed sobą cienką bliznę rogówkową, którą trudno odróżnić od blizny innego pochodzenia. Blizna ta jest jednak dość silną, aby się oprzeć zwyczajnemu ciśnieniu śródocznemu, a chroni w zupełności od zakażenia.

Jak zachować się wobec oka, w którem przypuszczamy obecność obcego ciała, zwłaszcza jeżeli z jakiegokolwiek powodu nie możemy sprawdzić tego przypuszczenia, lub nie moglibyśmy usunąć ciała obcego? Sądzę, że i wtedy warto i należy ranę zaszyć lub pokryć spojówką i w dalszym ciągu oko obserwować, a dopiero, gdyby wystąpiło wskazanie do enukleacyi, oko usunąć.

Ze szpitala rezerwowego Galicyjskiego Czerwonego Krzyża we Lwowie (Pawilon II).

Siedemset ran postrzałowych.

Opisał

M. W. Herman.

(Dokończenie).

Uszkodzeń nerwów obwodowych widziałem niewiele, i to więcej na kończynach górnych. Przypominam sobie kilka przypadków zupełnego porażenia (monoplegia) kończyny górnej po postrzale dołu nadobojczykowego. Częściej porażony był jeden tylko nerw, zwłaszcza promieniowy.

Parę razy podziwiałem wielką wytrzymałość nerwu kulszowego. Po postrzałach pociskami wybuchowymi górnej $^1/_3$ uda z przodu w tył, wylot postrzału przedstawiał się jako duża jama, której środkiem przebiegał nieuszkodzony nerw kulszowy. Nie mogliśmy rannych z uszkodzonymi nerwami, jako nadających się do transportu, tak długo przetrzymywać, aby nabrać należytego wyobrażenia o rodzaju uszkodzenia i o ewentualnej skuteczności szwu. Jedynie z owych wrzecionowatych blizn, rozdymających na krótkiej przestrzeni pień nerwu i przywracających jego fizyczną ciągłość, bez przywrócenia jednak czynności wnoszę, że ci, którzy do zespojenia nerwu używają cew, choćby organicznych (n. p. żył) i wypełnionych agarem, chyba nie doczekają się pomyślnego wyniku.

Gdzie bezpośrednie zeszycie kikutów przerwanego nerwu jest niewykonalne, tam ponoś plastyka kawałkiem ludzkiego nerwu daje najlepsze wyniki (A. Bethe)[8].

Równie pobieżnie naszkicuję teraz obrażenia postrzałowe tułowia.

»O ranach postrzałowych czaszki i mózgu« miałem sposobność pisać niedawno[9]), więc nie chcę się powtarzać.

Wobec beznadziejnych 11 postrzałów rdzenia z całkowitem porażeniem poprzecznem, stałem zupełnie bezradny. Między nimi było parę z wygojoną już doraźnie laminektomią, wykonaną w szpitalu polowym, lecz z taką samą paraplegią, jak i u nieoperowanych, i z takiemi samemi głębokiemi odleżynami septycznemi.

Przygodnie spostrzegałem ślepy postrzał karku ze zwykłymi objawami poraźnymi. Wbrew przewidywaniu objawy poraźne powoli, w ciągu miesięcy, ustępowały i w końcu pozostał tylko połowiczy niedowład, który ranionemu nie przeszkadzał w swobodnych ruchach.

Z 34 postrzałów twarzy tylko 9 było ciężko zakażonych, w tem zaś aż 7 postrzałów żuchwy. Z tej grupy umarł tylko jeden chory z powodu krwotoku (strzaskanie szczęki).

Z postrzałów żuchwy na szczególniejszą uwagę zasługuje następujący przypadek. Skutkiem bliskiego postrzału, najprawdopodobniej pociskiem dum-dum, cały trzon żuchwy uległ poprostu zgruchotaniu a jeden policzek poszarpaniu. Bródka z podbródkiem i częścią policzka zwisała na klatkę piersiową, odsłaniając ziejące gardło. Chorego odżywialiśmy zgłębnikiem, póki nie oddzieliły się obumarłe strzępy mocno zanieczyszczonej rany. Gdy się to stało, zeszyłem dokładnie części miękkie. O jakiejkolwiek protezie dentystycznej nie mogłem w owym czasie ani

[8]) Deutsche med. Wochenschrift 1916, Nr 42 i 43.
[9]) Przegl. lek. 1916, Nr 17.

marzyć. Tymczasem, wbrew oczekiwaniom, z zachowanych strzępów okostnej i okruchów żuchwy odtworzyło się tyle tkanki kostnej, że nietylko utrzymał się jaki taki profil, ale także wróciła całkowita sprawność języka, chory mówił i odżywiał się zupełnie prawidłowo.

Postrzałów szyi spostrzegałem 15. Czternastu wyzdrowiało, między nimi trzech z dużą dysfagią. Jeden z przestrzeloną krtanią, przywieziony w okresie wielkiej duszności w kilka dni po tracheotomii umarł wśród objawów septycznych.

Z 32 chorych z ranami powierzchownemi ścian klatki piersiowej umarł 1 ze strzaskaniem łopatki (sepsis).

W 47 przypadkach stwierdziliśmy ranę przenikającą klatki piersiowej i postrzał płuc. Z objawów typowych, krwioplucie trzymało się granic zawsze bardzo umiarkowanych (raz tylko widziałem śmiertelny krwotok płucny w jednym przypadku rany kłutej klatki piersiowej); krwotok i odma opłucnowa nigdy nie przybierały groźnych rozmiarów i stosunkowo szybko ulegały wessaniu (w jednym tylko przypadku, gdzie wylew krwawy sięgał wyżej grzebienia łopatki, na całkowite wessanie wylanej krwi, trzeba było czekać kilka miesięcy); odma podskórna zwykle nie przekraczała granic zranionej połowy klatki piersiowej (raz tylko, bez szkody dla ranionego, rozszerzyła się na całą powierzchnię ciała, gdyż charakterystyczne trzeszczenie stwierdzaliśmy nawet na grzbiecie stóp)

Gdyby dalsza obserwacya nie stwierdziła, że przeszło 25% tych zranień uległo zakażeniu pod postacią ropniaka opłucnej, to obrażenia te uchodzićby mogły rzeczywiście za tak łagodne, za jakie je swego czasu m. i. Küttner przedstawiał. Tymczasem z tych zakażonych chorych przeszło połowa umarła mimo wycięcia żebra i dokładnego wypłukania opłucnej.

Ta duża stosunkowo śmiertelność zakażonych postrzałów płuc, jak niemniej fakt, stwierdzony przez Sauerbrucha (l. c.), że na pewnem polu bitwy 30% poległych miało przestrzeloną klatkę piersiową, stawia te obrażenia we właściwem świetle.

Już dziś powszechnie złej sławy zażywają postrzały klatki piersiowej z szeroko otwartą odmą opłucną i postrzały niskie, połączone z przestrzałem przepony i trzew podprzeponowych.

Zdemaskowane zostały w tej wojnie także przenikające postrzały brzucha. Chirurdzy, zasuggestyonowani literaturą, jak się dziś okazuje, niedość krytycznie zbieraną w tylnych formacyach sanitarnych, z założonemi rękami przypatrywali się, jak conajmniej 95% żołnierzy z poszarpanemi przez pocisk jelitami »wśród leczenia zachowawczego« umierało. I jakkolwiek już w pierwszych miesiącach wojny Enderlen, Sauerbruch, Kraske i niektórzy inni (z tej strony frontu), zrozumieli całą zgubność tego nihilizmu chirurgicznego i energicznie nawoływali do czynnego i wczesnego wkraczania, to jednak... »noch auf dem Chirurgenkongress im April 1915 traten gewichtige Stimmen gegen die operative Behandlung der Bauchschüsse auf« (Sauerbruch l. c.).

Nie łatwo bowiem zmienia się latami i z różnych stron przekonania wpajane (zwłaszcza, gdy na ich korzyść przemawiać się zdają przypadkowe spostrzeżenia). Przypadek bowiem zdarzył, że w pierwszych dniach po otwarciu oddziału przywieziono mi dwóch rannych z przenikającymi przestrzałami brzucha. U jednego dominującym objawem był krwiomocz, u drugiego bardzo wybitne znamiona rozlanego zapalenia otrzewnej. Obaj wyzdrowieli — bez czynnej interwencyi z mej strony, jakkolwiek drugi, wbrew przestrogom, doszczętnie opróżniał w ciągu nocy z topiącego się lodu duży worek gumowy, położony mu na brzuchu. I byłbym się wskutek tych spostrzeżeń utwierdził w bezwzględnym konserwatyzmie w stosunku do postrzałów brzucha, gdyby nie dalsze dwa spostrzeżenia. W tych nad wszystkimi innymi przeważały objawy krwotoku wewnętrznego, co nakłoniło mię do laparotomii. Otworzywszy otrzewną, znalazłem obok miernej ilości wylanej krwi, takie uszkodzenie jelit, które wykluczało niemal możność samowyleczenia. Pocisk bowiem poprzerywał poprzecznie pętlę jelita w paru miejscach. Wystarczało między jedną a drugą raną podwiązać krezkę, aby ukończyć resekcyę, rozpoczętą niejako przez pocisk. Podobnie wielkie i postrzępione rany postrzałowe w jelitach widzieli wszyscy chirurdzy wogóle.

Uszkodzenia bywają często tak rozległe i nieregularne, że niema mowy o szyciu każdego postrzału z osobna. Nie pozostaje nic innego, jak odpowiednią częśc jelita wyciąć. A zdarzają się przypadki takiego spustoszenia w jamie brzusznej, że i najwprawniejszy chirurg poprzestać musi na laparotomii próbnej.

Już chyba legendą są więc owe drobne otwory postrzałowe w ścianach jelit, które miał, szczelnie jak korek, zatykać wypadający czop śluzówki, a w które jeszcze po wojnach bałkańskich wierzyliśmy.

Z przedartej poprzecznie pętli jelita, jak z odbytu sztucznego, wylewa się bez przeszkody cała jej treść do jamy otrzewnej i zakaża ją. Jeżeli mimo takie zmiany ten i ów z ranionych nie zaraz umiera, to już tylko niezwykle szczęśliwy przypadek, który nie może wpływać na postępowanie lekarskie, tak jak nie mogą wpływać na nie równie rzadkie zdarzenia przesunięcia się pocisku przez jamę brzuszną bez uszkodzenia jelit.

Oto odpowiednie przykłady z naszej kazuistyki.

a) Postrzał lewej okolicy lędźwiowej przed 12 godzinami. Pocisk szrapnelowy w powłokach brzusznych poniżej łuku żebrowego w linii sutkowej. Objawy zapalenia otrzewnej (głównie wymioty). Laparotomia. Rana szarpana dolnego brzegu przewlekle obrzękłej śledziony (krwawienie małe!); szerokie otwory w sieci wielkiej i małej. Mimo bardzo dokładne przeszukiwanie nie znaleziono rany ani w żołądku, ani w jelitach, ani w kiszce, nie znaleziono także ani śladu treści pokarmowej w otrzewnej. Tampon w okolicę śledziony. Po operacyi objawy zapalenia otrzewnej postępują. Trzeciego dnia po operacyi chory umarł. Najprawdopodobniej chodziło o pierwotne zakażenie otrzewnej pociskiem.

b) X. X. raniony przed paroma tygodniami. Wlot postrzału powyżej i na prawo od pępka, wylot ponad lewym kolcem biodrowym. Znaczne wychudnienie. Z obu niewygojonych ran postrzałowych (dziś już przetok) leje się obficie płynny kał z wyraźnemi resztkami niestrawionych pokarmów. Mimo obfite odżywianie i podskórne wlewanie fizyologicznego odczynu NaCl, stan ogólny raczej pogarsza się. Rozpoznanie: odbyt nieprawidłowy na wysokiej pętli, grożące wyniszczenie. Bardzo niechętnie przystąpiłem do operacyi. Stosunki anatomiczne w otrzewnej tak się ukształtowały, że wszystkie pętle jelitowe zlepione i pokryte zostały jakgdyby jedną błoną bliznowatą, na której ziało sześć otworów, trzy razy poprzecznie przerwanego jelita czczego. Błona ta stanowiła tylną ścianę płaskiego ropnia, którego przednią ścianą były powłoki brzuszne. W kilka godzin po żmudnej i trudnej w tych warunkach resekcyi jelita — chory w zapadzie umarł.

Wogóle laparotomie w późnym okresie postrzałów brzucha są u tych wybrańców losu równie niebezpieczne, jak i trudne (Pribram [10]).

Wszystko więc zachęca do jaknajwcześniejszej laparotomii, o ile możności w pierwszych sześciu godzinach po zranieniu. Brak aseptycznej sali operacyjnej nie może mieć najmniejszego wpływu na wskazania lekarskie. W tym początkowym okresie drążących postrzałów brzucha postanowienie operacyi zależeć powinno tylko od ogólnego stanu ranionego. Prawie 50% ranionych w brzuch znajduje się w takim zapadzie, że najmniejszy zabieg staje się niewykonalny (Oberst [11]). Z operowanych zaś zdrowieje od 20% (Oberst l. c.) do 44·4% (Sauerbruch l. c.), w najgorszym zatem razie przynajmniej cztery razy tyle, co przy leczeniu nieoperacyjnem.

---

[10]) Wiener klin. Wochenschr. 1917, Nr 1.

[11]) Münchener med. Wochenschr. 1916, Nr 48.

Mimo jednak całą, a raczej jedyną racyonalność wczesnej laparotomii, nie zawsze i nie wszędzie zasada ta da się przeprowadzić. Skutkiem tego pewna liczba ranionych w brzuch, nieoperowanych, dostaje się do szpitali stałych. Tu, o ile rozpoznamy uszkodzenia trzew, stajemy przed trudnem zadaniem, wybrania najodpowiedniejszego sposobu leczenia. O możności wzgl. konieczności laparatomii w okresie późniejszym zranień brzucha rozstrzyga już nietylko sam fakt uszkodzenia jelita i stan ogólny ranionego, jak w przypadkach świeżych, lecz także jakość rozwijających się następowych zmian na otrzewnej. Zmiany te bowiem tak się układać mogą, że widoki wyzdrowienia ranionego bez operacyi wydawać się mogą lepsze. W późniejszych zatem okresach postrzałów brzucha trzeba indywidualizować wedle ogólnie znanych zasad chirurgicznych.

Zestawieniem tem objąłem 26 postrzałów brzucha. Dziś z rubryki tej wykreślić muszę 10 przypadków. Chodziło bowiem najprawdopodobniej o zranienie powłok brzusznych, za czem przemawia zupełnie gładki przebieg i brak jakichkolwiek objawów zapalenia otrzewnej przez cały czas obserwacyi. Wszyscy ci ranni wyzdrowieli. W 16 przypadkach miałem przed sobą niewątpliwie postrzały przenikające. Z tych wyzdrowiało 8. Między tymi zaś dwa spospostrzeżenia zasługują na opisanie.

c) Szeregowiec X. Przed kilkoma miesiącami raniony w twarz. Wygoił się w krótkim czasie. Od kilkunastu dni znów w szpitalu z powodu balano-postitis. Tu zaczął uskarżać się na bóle w prawym dole biodrowym i gorączkować. Stwierdzono wyraźny wysięk w okolicy kątnicy i z rozpoznaniem ropnia okołowyrostkowego odesłano chorego do mego pawilonu. Następnego dnia otwarłem ropień, a w ropie znalazłem stożkowaty pocisk karabinowy. Wobec tej niespodzianki wyrostka robaczkowego nie szukałem. Operowany łatwo wyzdrowiał. Wypytywany po operacyi szczegółowo, twierdził stanowczo, że raz tylko był raniony. Po tem zranieniu pozostały blizny na lewym policzku, na podbródku przy prawej połowie trzonu żuchwy i ponad prawym obojczykiem. Tu pocisk wszedł do klatki piersiowej, przeszedł prostopadle przez prawe płuco, przeponę i wątrobę i zesunął się między jelita. Ścian jelita najprawdopodobniej nigdzie nie zranił. Chory uważany był zawsze za lekko rannego. Pocisk najprawdopodobniej otorbiony został w okolicy kątnicy i tu leżał bez objawów, póki nie wywołał odleżyny na ścianie jelita, odleżyna zaś wywołała ropień koło pocisku. Odleżyna objawiła się po operacyi jako szybko przemijająca przetoka kałowa.

Bardziej zagadkowym i do dziś nie wyjaśnionym pozostał dla mnie przypadek drugi:

d) Oficer Y., raniony przed dwoma dniami. Wlot na dwa palce poniżej prawego łuku żebrowego w linii sutkowej. Pocisk stożkowaty tkwi pod skórą w okolicy lędźwiowej, skąd go z łatwością wyjęto. Żadnych objawów ze strony jamy brzusznej. Mimo to ciepłota podniesiona (do 38°). W następujących dniach objawy wysięku w opłucnej prawej, z dnia na dzień zwiększającego się, wśród zupełnie dobrego stanu ogólnego. Gdy po tygodniowej obserwacyi wysięk doszedł prawie do obojczyka, po próbnem nakłuciu aspirowałem około 2 litrów czystej żółci. Przez kilka następnych dni płynu w opłucnej nie przybywało. Skutkiem przesunięcia frontu ranny musiał być odesłany, — zresztą w najlepszym stanie ogólnym.

Z obserwacyi pozostałych rannych zauważyłem, że najwięcej widoków wyzdrowienia bez operacyi mają chorzy z postrzałami stycznymi zgięcia wątrobnego i bocznych (zewnętrznych) ścian okrężnicy wstępującej i zstępującej.

Do bardzo ciężkich obrażeń należą postrzały miednicy, rozumie się z powodu równoczesnych uszkodzeń trzew w niej zawartych i zakażenia, stąd przenoszącego się na strzaskane kości. Z 10 rannych mimo bardzo rozległe operacye wyzdrowiało zaledwie trzech.

Osobną grupę stanowi 11 postrzałów pęcherza i części płciowych, zawsze połączonych z uszkodzeniem miednicy. Z tych wyzdrowiało 5. Ranieni w okolicę szyjki pęcherza i cewkę moczową przybywali do nas zwykle już z cystostomią, wykonaną w szpitalu polowym z powodu zatrzymania moczu. A że w czasie transportu dren, mający odprowadzać mocz z pęcherza, z tej lub owej przyczyny stawał się niedrożny, mocz przedostawał się w otaczającą tkankę łączną.

Zwykle uretrotomia zewnętrzna i osączkowanie pęcherza od dołu, u nas wykonane, nie mogło już opanować zakażenia septycznego, wywołanego zaciekiem moczowym.

Na zakończenie, w miejsce wniosków, poprzestanę na przytoczeniu ogólnych cyfr. Z rannych, objętych tem zestawieniem, zmarło 15·5%, a 7·2% opuściło szpital kalekami. Aby pojąć właściwą mowę tych cyfr, trzeba pamiętać, że zebrałem je w szpitalu rezerwowym, a zatem conajmniej na trzeciej linii sanitarnej. Odpowiednie cyfry z linii bliższych frontu — wypadłyby chyba jaskrawiej. Takie jednak, jak je tu podałem, dostatecznie dowodzą całej grozy współczesnych ran postrzałowych.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie 14. marca 1917 w klinice okulistycznej.

Przewodniczy prezes Ciechanowski. Obecnych członków 35.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu przyjęto na członków jednomyślnie kolegów: Birnbauma i Szancenbacha.

2) Kol. lekarz sztabowy Dr Scharf przedstawił dwóch chorych:

a) **Zupełne porażenie połowicze** prawej połowy ciała, głównie z udziałem dróg piramidalnych oraz zdziecinnienie, przytem myotoniczne objawy w obu rękach i przeczulica porażonej połowy ciała u żołnierza 21-letniego. Objawy te powstały wskutek zatrucia tlenkiem węgla w listopadzie 1916.

b) **Porażenie zupełne prawego nerwu okoruchowego** z cykliczną nieprawidłową innerwacyą gałązek wewnętrznych. Objawy; rytmiczne okresowe zwężanie się i rozszerzanie źrenicy. Rozszerzenie trwa od 1½ do 2 minut, zwężenie około 30 sekund. Zwężanie się wśród wielu wahań źrenicy trwa około 30 sekund. Maksymalne rozszerzenie 10 mm., zwężenie 3 mm. Przy tem porażenie zwieracza tęczówki i mięśnia rzęskowego na wszelkie fizyologiczne bodźce, n. p. oświetlenie akomodacyę, konwergencyę, natomiast impulsy woli, skierowane, ku mięśniom zewnętrznym oka, więc chęć zwrócenia oka w stronę porażonych mięśni zewnętrznych, mogą wywołać oddziaływanie źrenicy.

Przyczyny zjawiska szukać należy w przebytej sprawie zapalnej pnia nerwu okoruchowego, poczem nastąpiła regeneracya w ten sposób, że od kikuta centralnego wyrosły cylindry osiowe ku odcinkowi obwodowemu, łącząc się jednak fałszywie, t. j. wiązki zewnętrzne odcinka centralnego z wiązkami wewnętrznemi odcinka zewnętrznego (Lipschütz). Wskutek tego impulsy, wysyłane ku mięśniom zewnętrznym gałki ocznej, przechodzą nie do dotyczących mięśni, lecz do mięśni wewnętrznych oka, wywołujących zwężanie się i rozszerzanie źrenicy. Automatyzm i rytmiczność zjawiska należy tłómaczyć według Fröhlicha rytmicznem oddziaływaniem każdej żyjącej substancyi na podniety zewnętrzne, tem więcej, im powolniejsze jest przewodzenie podniet i sumowanie się ich wskutek zniszczenia, względnie niezupełnej i fałszywej regeneracyi nerwów. (Autoreferat).

W dyskusyi zabierali głos: a) Kol. prof. Majewski: Pierwszy podobny przypadek opisał Rampoldi w r. 1884. Chodziło w jego przypadku również o wrodzone lub w najwcześniejszej młodości nabyte porażenie całkowite nerwu okoruchowego, jednak obustronne. Zjawisko rytmiczne, które występuje u naszego chorego na jednem oku, występowało u chorego Rampoldiego na obu oczach, lecz nie równocześnie, tylko kolejno; gdy na oku pr. powieka podnosiła się, a źrenica zwężała, równocześnie na oku l. powieka opadała, a źrenica rozszerzała się itd. wciąż naprzemian. W naszym przypadku równocześnie ze skur-

czem źrenicy istnieje rytmiczny skurcz akomodacyi. Objaw podnoszenia się powieki górnej jest tu osłabiony z powodu wykonanej operacyi opadniętej powieki.

b) Kol. Birnbaum sądzi, że hypoteza Bielschowskyego wystarczy do wytłomaczenia współruchów źrenicy przy podnoszeniu się powieki górnej, natomiast nie tłomaczy rytmiki tych ruchów. Przeprowadza dalej analogię między tymi rytmicznymi ruchami powieki a atetozą, która zjawia się w jakiś czas po porażeniu; wspomina również o przypadku, przez siebie spostrzeganym, automatycznego podnoszenia się powieki górnej przy innerwacyi żwaczy, to jest przy żuciu. (Streszczenie własne).

c) Kol. prof. Piltz: Zjawisko to odróżnić należy od zwykłego hippus iridis i od mydriasis saltans. O ile wybitny hippus spostrzega się często przy zapaleniu opon, a mydriasis saltans przy otępieniu wczesnem, to zjawisko peryodyczności i rytmu skurczu źrenicy jest charakterystyczne dla tzw. cyklicznych porażeń n. okoruchowego.

3) Prof. Majewski wypowiedział wykład: **O nystagmografii klinicznej.**

Drżenie gałek ocznych jest zazwyczaj tylko objawem różnych stanów chorobowych, a tylko wyjątkowo nabiera znaczenia samoistnej jednostki chorobowej. Drżenie gałek ocznych, tworzą małe, szybkie, częste ruchy oka, mniej lub więcej regularne, od woli niezależne. Majewski dzieli drżenie na rozmaite postacie:

Drżenie oczu fizyologiczne, które ma następujące poddziały: 1) Drżenie optyczne występujące wówczas, gdy oczy wykonują ruchy za poruszającym się rytmicznie obrazem. W pewnych warunkach te ruchy gałki mogą przybrać postać typowego drżenia. Aby uniknąć podwójnego widzenia muszą ruchy obu gałek odbywać się w sposób nadzwyczaj precyzyjny. Regulatorem tej precyzyi jest staranie utrzymania obrazu na obu plamkach żółtych. 2) Drżenie przedsionkowe występujące wtenczas, gdy oczy spoczywają na jednym przedmiocie, a głową wykonujemy ruchy rytmiczne. Działa tu regulująco aparat przedsionkowy, którego podrażnienie wywołuje ten rodzaj drżenia fizyologicznego. 3) Drżenie odruchowe, 4) znużeniowe, 5) dowolne (istnienie wątpliwe).

II. Drżenie oczu doświadczalne, ten rodzaj, który doświadczalnie podrażnieniem błędnika wywołać możemy. Dzieli się on na następujące poddziały: 1) N. per rotationem, 2) N. caloricus, 3) N. galvanicus, 4) N. e compressione vel aspiratione.

III. Duży dział stanowi drżenie oczu chorobowe, które można podzielić na następujące poddziały: 1) Drżenie z niedowidzenia (amblyopicus) występujące przy obniżeniu naosiowej bystrości wzroku. 2) Drżenie przedsionkowe, występujące przy zmianach patologicznych w błędniku. 3) Drżenie utajone, którego istnienie stwierdzić można przez zasłonięcie jednego oka. Występuje wówczas drżenie obu gałek ocznych. 4) Drżenie objawowe w przebiegu różnych chorób nerwowych (M. Basedowi, sclerosis dissem., M. Friedreich, syringomyelia, meningitis, choroby móżdżku itd.). 5) Drżenie górników jest zapewne drżeniem znużeniowem. 6) Drżenie przerywane (n. intermittens celerrimus) jest to drżenie, które spostrzegane bywa bardzo rzadko jako jedyny objaw choroby, a które polega na bardzo szybkich ruchach poziomych gałek ocznych, co jakiś czas występujących. Majewski spostrzegał takich przypadków 4. W literaturze prócz jego przypadków opisany jest jeden jeszcze.

Przy wszystkich rodzajach drżenia środek obrotu gałki ocznej jest nieruchomy, a gałki wykonują ruchy naokoło pewnych osi, t. j. poziomej, pionowej i skośnej. Z tego punktu widzenia można drżenie oczu podzielić na pionowe (nystagnus verticalis) poziome (n. horizontalis), skośne (n. obliquus) i kołujące (n. rotatorius); wreszcie możliwe są kombinacye tych różnych ruchów. W zasadzie są one wszystkie obrotowe, gdyż gałka oczna wykonuje zawsze ruch obrotowy naokoło jakiejś osi. My jednak, śledząc te ruchy, oglądamy tylko przedni odcinek oka, i dlatego przedstawiają się nam one — zależnie od osi obrotu — rozmaicie.

Metody badania dawniejsze były bardzo proste. — Później wprowadzono metody graficzne, wypróbowane w różny sposób na zwierzętach. Nie mają one jednak dla klinicznego badania praktycznej wartości. Dopiero w 1909 roku podał Buys przyrząd do zapisywania drżenia oka, zbudowany na zasadzie pneumatycznej. Przyrząd ten obok zalet ma także wady, przedewszystkiem tę, że przyrząd odbierający ruchy oka spoczywa na powiece, przenosi zatem tylko pośrednio ruchy oka na papier. Majewski podał metodę oznaczania drżenia, która tej wady unika. Jego metoda polega na fotografowaniu na filmie drżenia, jakie wykonuje bagnetowaty pręcik, osadzony po znieczuleniu bezpośrednio na rogówce zapomocą szklannego dzwonka, w którym rozrzedzono powietrze.

Następnie przedstawił prelegent przyrządy Buysa i swoje i sposób ich użycia na chorych. Wykład zakończyło przedstawienie chorych z różnymi rodzajami drżenia.

Dyskusyę odłożono.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

101 Ogólne Zebranie 31 stycznia 1914.

Obecnych członków 21, gość 1.

1) Przewodniczącym Zebrania wybrany został kol. Stanisław Jankowski, poczem kol. sekretarz odczytuje protokół ostatniego posiedzenia ogólnego, który przyjęto, oraz sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok 1913, które ze zmianami również przyjęto, a które brzmi:

»Na początku roku 1913 (a jedenastego swego istnienia) Towarzystwo Radomskie liczyło członków 47, w tem 4 honorowych, 2 korespondentów i 41 rzeczywistych, że zaś w ciągu roku ubył wskutek śmierci 1, a przybył 1, więc z dniem 1 stycznia 1916 r. skład Towarzystwa liczebnie pozostał bez zmiany, tj. Towarzystwo liczy nadal 47 członków, w tem 4 honorowych, 2 korespondentów i 41 rzeczywistych. W roku sprawozdawczym odbyło się 10 zebrań ogólnych, na zebraniach tych bywało średnio 16 członków, co stanowi 40% w stosunku do ogólnej liczby członków rzeczywistych, nadto zaproszono w ciągu roku 10 gości. Na zebraniach tych odbyły się następujące odczyty: kol. Pełczyńskiego: »W sprawie pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych według nowej ustawy« (22. II.); kol. Fidlera: »Stan szpitalnictwa i ruch chorych w szpitalach Ziemi Radomskiej za lata 1908—1911.« (9. III; 26. IV i 31. V); kol. Rzętkowskiego z Warszawy; »O wpływie środków i zabiegów leczniczych na przemianę materyi« (28. VI); kol. Raszkesa: »Postępy akuszeryi i ginekologii w ostatnich latach« (27. IX); kol. Szczepaniaka (referat): »Projekt regulaminu Sądu koleżeńskiego« (25. X); kol. Fidlera: »Metoda Abderhaldena« (27. IX) oraz kol. Raszkesa: »Leczenie wynicowania macicy« (20. XI). Oprócz tego odbyły się następujące pokazy: Kol. Raszkes przedstawił (1 i 2) dwa przypadki ciąży zewnątrzmacicznej w prawym jajowodzie, 3) przypadek dużej torbieli lewego jajnika (adenoma malignum) 4) przypadek raka obydwóch jajników (26. IX); kol. Kołodner przedstawił chorą po operacyi przepukliny prawostronnej uwięzniętej (hernia inguino-labialis) (29. IX); kol. Cung przedstawił chorego z akromegalią (20. VII). A zatem odczytów i pokazów w ciągu roku sprawozdawczego było: z dziedziny szpitalnictwa 1, z dziedziny chorób wewnętrznych 2, z dziedziny chirurgii 2, z położnictwa i ginekologii 6 i z dziedziny organizacyi zawodowej 1. Ruch korespondencyjny Towarzystwa był następujący: otrzymano odezw 45, wysłano 65. Między innemi wysłano życzenia Towarzystwu lekarskiemu w Orle z powodu 50-lecia istnienia i Towarzystwu lekarskiemu w Sebastopolu z powodu 25-lecia.

Dwom kolegom warszawskim, dr Alfredowi Sokołowskiemu i Mikołajowi Rejchmanowi w dniu uroczystego obchodu 40-letniego jubileuszu pracy lekarskiej wysłano odpowiednie depesze, jak również i Redakcyi »Nowin lekarskich« w Poznaniu w dniu obchodu 25-letniego jubileuszu istnienia tego pisma. Na depesze te Towarzystwo zaszczycone zostało odpowiedziami jubilatów.

Na zebraniu ogólnem dnia 29 marca wszyscy koledzy, praktykujący w Radomiu, uchwalili na rok bieżący obłożyć się składką dobrowolną w kwocie rubli 60 na szkoły początkowe miejskie, o czem zawiadomiono Magistrat m. Radomia. Na zebraniu ogólnem dnia 30 grudnia 1913 r. uchwalono ostatecznie regulamin Sądu koleżeńskiego. Z powodu szczupłości lokalu przy placu Soborowym wynajęto od 1 lipca lokal obszerniejszy przy ul. Lubelskiej l. 46 wspólnie z Towarzystwem prawniczem i hygienicznem. Na Zebraniu dnia 29 listopada na przedstawienie kol. prezesa zebrani jednogłośnie uchwalili mianować członkami honorowymi Towarzystwa dr Alfreda Sokołowskiego i Mikołaja Rejchmana dla ich zasług dla nauki i społeczeństwa w ciągu czterdziestoletniej mozolnej i wielce pożytecznej pracy lekarskiej i w tym celu zredagować i wysłać odpowiednie dyplomy.

W ciągu roku ubiegłego Towarzystwo utraciło swego członka rzeczywistego, ś. p. Adama Chojkę, którego pamięć uczczono na zebraniu 28. VI, a zamiast wieńca na trumnę złożono 28 rubli na rzecz Kasy wdów i sierot, pozostałych po lekarzach Ziemi Radomskiej. Kol. Adam Chojko urodził się w r. 1864 w Głowaczewie powiatu kozienickiego, wydział lekarski

ukończył w r. 1890 w Warszawie, poczem osiadł w Kazimierzu nad Wisłą, gdzie cieszył się rozległą praktyką i uznaniem. W r. 1909 przeniósł się z Kazimierza do Warszawy, skąd w r. 1911 przeniósł się do Radomia, gdzie również zyskał w krótkim czasie znaczną praktykę oraz sympatyę kolegów. Umarł 28. VI na udar sercowy. Cześć jego pamięci!

Sprawozdanie skarbnika: Dochód: 778 rb. 79 kop. Rozchód: 787 rb. 56 kop. Deficyt 8 rb. 77 kop.

Sprawozdanie Kasy wsparć wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej. Na książeczce w Kasie Przemysłowej rb. 441 kop. 11. Od kol. Borysiewicza rb. 30, zamiast wieńca na trumnę ś. p. Chojki rb. 28, procent za rok 1913 rb. 16 kop. 97. Razem Kasa posiada rb. 515 kop. 97.

Sprawozdanie bibliotekarza; Biblioteka Towarzystwa w ciągu roku ubiegłego powiększyła się o 155 dzieł w 166 tomach wartości 138 rb. 75 kop.

Dnia 1. I. 1913 biblioteka zawierała dzieł 1253, dnia 1 I. 1914 1418 dzieł. Roczników pism peryodycznych przybyło 18 tomów, wraz z istniejącymi jest obecnie 308 tomów (za ostatnie 4 lata z powodu braku funduszów nie oprawione) Czasopism prenumerowano 19.

Sprawozdanie Komisyi rewizyjnej zaznacza, że sprawdziwszy książki kasowe, kwitaryusz oraz stan biblioteki, wszystko znaleziono w należytym porządku.

W dyskusyi a) kol. Pełczyński zaznacza, że w odbitkach za rok 1912 znalazł wiele omyłek w nazwiskach kolegów, opuszczeń w wierszach i zbyt krótkie sprawozdania z posiedzeń. — b) W odpowiedzi kol. Sekretarz tłomaczy, że co do omyłek w nazwiskach kolegów porozumiano się już z redakcyą Przeglądu lekarskiego i poczyniono kroki, by nadal to się nie powtórzyło, co do krótkości zaś sprawozdań z posiedzeń, to winni są sami prelegenci, gdyż nie dawali streszczeń ze swoich odczytów, chociaż od jakiegoś czasu nastąpiła zmiana na lepsze. — c) Kol. Fuksiewicz zaznacza, że w sprawozdaniach nie bywają pomieszczone streszczenia przemówień dyskusyjnych, na co kol. Sekretarz odpowiada, że na wszystkich Zjazdach, zebraniach również i dyskutanci dają sekretarzom streszczenia swoich przemówień, na czem najlepiej wychodzą, streścić bowiem odczyt naukowy, zanotować ściśle przemówienia dyskusyjne jest wprost niemożliwe bez stenografii, którą nie każdy sekretarz posiada.

2) Prezesem Towarzystwa na następne trzechlecie został wybrany kol. Henryk Fidler, wiceprezesem kol. Franciszek Kosicki, bibliotekarzem kol. Józefat Kondratowicz — wszyscy ponownie, a członkiem Komisyi rewizyjnej kol. Stanisław Petrall; członkami zaś Sądu koleżeńskiego zostali wybrani kol. Kondratowicz, Finkelstein i Szczepaniak, zastępcami zaś kol. Stanisław Idzikowski i Julian Kasprzykowski — wszyscy ponownie.

3) Kol. Kuczyński został jednogłośnie wybrany członkiem rzeczywistym Towarzystwa.

4) Kol. Przewodniczący otwiera dyskusyę nad odezwą Związku równouprawnienia kobiet w sprawie prostytucyi, odczytaną przez Prezesa Towarzystwa.

W dyskusyi zabiera głos kol. Pełczyński:

W odezwie nie wskazuje Związek motywów, które były przyczyną uchwalenia rezolucyi co do zniesienia reglamentacyi, ale dla tych, którzy czytują organ Związku »Ster«, motywy te są znane. A więc mówi się o prostytutkach, jako o nieszczęśliwych ofiarach brutalnej żądzy mężczyzn, o gwałcie, czynionym nad duszą istoty ludzkiej przez reglamentacyę, o dalszej deprawacyi przez przymusowe oględziny lekarskie istot, stanowiących często wypadkowe ofiary, o bezużyteczności oględzin jako sposobu przeciwdziałania szerzeniu się chorób wenerycznych, o wyzysku »żywego towaru« przez lupanary, nareszcie o krzywdzie dla godności ludzkiej prostytutek, które dla leczenia cierpień wenerycznych bywają skierowywane do specyalnych szpitali (św. Łazarza), nadających im hańbiące piętno. Bardzo dziwnie wyglądają w łamach »Steru« te skargi na dotychczasowe więzy, nakładane na prostytucyę przez istniejące prawo, w zestawieniu z wyrażonemi niejednokrotnie przez Związek równ. kobiet żądaniami czystości i zdrowia fizycznego od męskiej połowy rodzaju ludzkiego przed wejściem w związek małżeński. Czy mężczyźni staną się przez to czyściejsi i zdrowsi, czy będą mogli dać swym przyszłym żonom tę pełnię miłości, o której się tak często w »Sterze« mówi, z chwilą, gdy zniesiemy reglamentacyę prostytucyi?

(Dokończenie nastąpi).

Zjazd higienistów polskich w Warszawie

(29. i 30. czerwca i 1. lipca 1917).

Komitet organizacyjny Zjazdu stanowią: Dr Jan Bączkiewicz przewodniczący, inż. Jan Furuhjelm wiceprezes, Dr Henryk Gromadzki sekretarz, Dr Henryk Kucharzewski skarbnik, Dr Stanisław Kurtz gospodarz, asesor B. Koskowski organizator wystawy, oraz jako członkowie: Dr Dąbrowski, Guranowski, J. Jaworski, Orłowski, Polak, Puławski, Serkowski, Starkiewicz, Szumlański, Zapasiewicz, J. Zawadzki. Obok tego komitetu utworzono komitet generalny z udziałem przedstawicieli władz i stowarzyszeń naukowych i społecznych.

W czasie Zjazdu odbędzie się wystawa środków odżywczych i leczniczych i wydawnictw higienicznych.

Program ogólny Zjazdu jest następujący: W przeddzień Zjazdu 28. VI. o 7 wieczór zebranie towarzyskie w cukierni ogrodu saskiego. W pierwszy dzień 29. VI. o 9 rano uroczyste nabożeństwo w kościele Karmelitów, od 11 do 1 zwiedzenie rynku staromiejskiego, wystawy Kościuszkowskiej i Zamku, o 2 popoł. uroczyste otwarcie Zjazdu w wielkiej sali Towarzystwa higienicznego (Karowa 31) i pierwsze posiedzenie ogólne. Na posiedzeniu po przemówieniu prezesa Towarzystwa higienicznego, Dr Polaka, prezesa komitetu organizacyjnego, przedstawicieli władz i delegatów, nastąpi wybór prezydyum Zjazdu i prezesów honorowych, odczytanie telegramów i listy delegatów, przyjęcie regulaminu, w końcu referaty z zakresu prawodawstwa sanitarnego. — 30. VI. od 8 do 11 posiedzenia sekcyi, których będzie sześć: 1) Sekcya sanitarno-lekarska, 2) Walka z durem plamistym. 3) Walka z chorobami wenerycznemi. 4) Higiena wychowawcza. 5) Lecznictwo, szpitalnictwo. 6) Higiena miast i wsi.— O 11 rano II posiedzenie ogólne: a) referat główny o stanie sanitarnym kraju, b) referaty programowe w sprawie walki z gruźlicą, c) referaty w sprawie stanu sanitarnego w szczególności, d) wybór komisyi wniosków. — Od 2—4 zwiedzenie stacyi filtrów, od 4—7 posiedzenia sekcyi. — 1. VII. od 8—1 posiedzenie sekcyi, od 2—4 zwiedzenie szkoły Konopczyńskiego i Sawickiego, od 4—7 w. III posiedzenie ogólne: a) referaty programowe w sprawie walki z chorobami wenerycznemi, b) referat o eugenice, c) uchwalenie wniosków, d) przemówienie prezesa Zjazdu, e) przemówienie prezesa komitetu organizacyjnego

Zasady ustroju sanitarnego w Polsce

według wyników obrad ankiety odbytej w d. 21. VI. 1917. w Krakowie, pod przewodnictwem prof. Browicza, w której brali udział delegaci: Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., Izb lekarskich zachodnio- i wschodnio-galicyjskiej, Związku lekarzy, Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Towarzystw lekarskich, lwowskiego i krakowskiego, Związku lekarzy rządowych galicyjskich, Związku lekarzy okręgowych i Wydziału krajowego.

1. Podstawy ogólne.

Wszystkie sprawy sanitarne normują zasadniczo ustawy sanitarne, uchwalone przez ciała prawodawcze, jakoteż rozporządzenia, wydane przez naczelną władzę sanitarną w granicach tych zasadniczych ustaw.

2. Zarząd główny administracyi sanitarnej.

Zarząd całej administracyi sanitarnej sprawuje naczelna władza sanitarna, mająca takie same atrybucye, jak inne władze naczelne i stanowiąca ostatnią najwyższą instancyę w sprawach sanitarnych i społeczno-higienicznych.

Naczelnikiem tej władzy jest lekarz, odpowiedzialny za cały zarząd administracyi sanitarnej i w jej zakresie działający samodzielnie. Jako jego podwładni działają w naczelnym zarządzie sanitarnym obok referentów lekarskich, referenci prawnicy i technicy.

Naczelnej władzy sanitarnej przydana jest Rada przyboczna. Część jej członków mianuje rząd krajowy, drugą część zaś tworzą delegaci Wydziałów i Izb lekarskich, Związków lekarskich i higienicznych. Wszyscy członkowie tej Rady mają jednakowe prawa. Ta Rada wydaje opinie we wszystkich ważniejszych sprawach, przedkładanych jej przez naczelną władzę sanitarną, lub wniesionych przez członków Rady. Do projektów ustaw sanitarnych, przedkładanych ciałom ustawodawczym, musi być zawsze dołączona opinia Rady.

3. Zakres działania naczelnej władzy sanitarnej.

Zakres działania obejmuje wszystkie zasadnicze rozporządzenia i przepisy, inicyatywę oraz nadzór we wszystkich spra-

wach sanitarnych i społeczno-higienicznych. Rozporządzenia i przepisy innych władz naczelnych, wkraczające w ten zakres, mogą być ogłoszone i wejść w życie tylko wtedy, jeżeli zostały zatwierdzone przez naczelną władzę sanitarną.

4. Hierarchia administracyi sanitarnej.

Cała administracya sanitarna tworzy ciało jednolite, dlatego też władze sanitarne (lekarze sanitarni) nawet w najniższych jednostkach administracyjnych (lekarze gminni, okręgowi) mają w zakresie swych zadań sanitarnych charakter urzędników krajowych i podlegają w tym zakresie tylko władzom sanitarnym wyższego stopnia.

5. Egzekutywa.

Władze sanitarne niższych instancyi mają prawo bezpośredniej egzekutywy w sprawach nagłych i ważnych, grożących bezpośredniem niebezpieczeństwem, a są za takie zarządzenia wyłącznie odpowiedzialne. W innych przypadkach mają władze sanitarne egzekutywę za pośrednictwem władz administracyjnych (politycznych), stojących w każdej z instancyi obok, ale nie ponad władzami sanitarnemi.

Organem wykonawczym administracyi sanitarnej jest obok ogólnych organów wykonawczych także osobna służba sanitarna, odpowiednio wykształcona, a podległa wyłącznie i bezpośrednio lekarzom sanitarnym.

6. Policya weterynaryjna.

Ze względu na higienę ogólną stworzona być powinna pewna łączność między policyą weterynaryjną, a służbą zdrowia publicznego.

(Obrady ankiety toczyły się na zasadzie wniosków, opracowanych przez komisyę Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa prof. Ciechanowskiego, a do której należeli: Dr Damski, prezes krajowego Związku lekarzy, doc. Dr Janiszewski, lekarz naczelny m. Krakowa, Dr W. Momidłowski, członek Zarządu Związku lekarzy rządowych i Dr Schoengut, prezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Wnioski tej komisyi zostały przez ankietę przyjęte niemal bez zmian.

Uchwały ankiety będą przedstawione Kołu polskiemu, Ministerstwu dla Galicyi, T. Radzie Stanu i Zjazdowi higienistów polskich, obradującemu właśnie w Warszawie).

Wiadomości bieżące.

Kraków. W trzech największych krajowych zakładach leczniczych zaszły ważne zmiany na stanowiskach kierowniczych. Dyrektor Zakładu w Kobierzynie, docent Dr Jan Mazurkiewicz, zastępował przez wiele miesięcy dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie, kierując tym zakładem wśród nader trudnych warunków z wielkim pożytkiem. Obecnie, gdy prace rekonstrukcyjne po wojennych zniszczeniach w Kobierzynie znacznie postąpiły, przeniósł się dyr. Dr Mazurkiewicz do Kobierzyna, co jest zapowiedzią rychłego otwarcia tego zakładu, które odwlokło się było przez wybuch wojny i wypadki wojenne. Zarazem skończył się długi wakans na stanowisku dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie, gdyż objął je, jak już donosiliśmy, Dr Józef Starzewski, dotychczasowy dyrektor szpitala krajowego lwowskiego.

Dr Józef Starzewski, urodzony w r. 1870 w Krakowie, tutaj też przebył szkoły średnie i studya lekarskie i tu uzyskał dyplom w r. 1894. Już w czasie studyów lekarskich pracował jako woluntaryusz na oddziale dermatologicznym prof. Zarewicza. Po uzyskaniu dyplomu pracował przez rok w chirurgii, jako asystent Mikulicza we Wrocławiu, następnie w Paryżu pod kierunkiem Pozziego i równocześnie w Zakładzie Pasteura. W jesieni 1896 objął asystenturę w szkole położnych we Lwowie u boku prof. Czyżewicza. Z początkiem r. 1898 mianowany został dyrektorem szpitala w Tarnowie, gdzie odznaczył się jako doskonały kierownik i przygotował rozszerzenie i modernizacyę szpitala. Ta działalność utorowała mu drogę do kierownictwa pierwszym w kraju, stołecznym szpitalem, który powierzono mu w połowie r. 1901, a szesnastoletnia praca Dr Starzewskiego na tem stanowisku dowiodła, że wybór nie mógł być szczęśliwszy. Szpital lwowski zawdzięcza Dr Starzewskiemu bardzo wiele; od reorganizacyi ustroju wewnętrznego aż do znacznego rozszerzenia całego zakładu i udoskonalenia urządzeń zdołał Dr Starzewski przekształcić ten zakład na instytucyę nowoczesną. Dr Starzewski zreformował etat lekarski szpitala, uzyskał polepszenie płac, zreorganizował opiekę nad chorymi przez znaczne pomnożenie dozorczyń zakonnych i świeckich i przez otwarcie wzorowej szkoły pielęgnowania chorych, którą też sam prowadził. W tymże czasie dokonały się dzieła tak ważne, jak budowa wspaniałego zakładu zakaźnego na 8-morgowym terenie, wyjednanym od miasta Lwowa, jak objęcie przez kraj i rekonstrukcya szpitala dziecięcego św. Zofii, budowa klinik (dermatologicznej), przebudowa gmachów gospodarczych szpitala. Niemałe zasługi położył Dr Starzewski równocześnie jako radca miejski, zwłaszcza przeprowadzając założenie zakładu dla 460 sierót (którego budowa już się kończy), rozszerzenie zakładu dla nieuleczalnych z 80 na 200 łóżek, założenie pierwszej we Lwowie łaźni ludowej. W czasie inwazyi rosyjskiej pozostał na posterunku, oddając usługi miastu i szpitalowi, jak również instytucyom krajowego Towarzystwa Czerwonego krzyża, którego był wiceprezesem. Przez czas pewien był Dr Starzewski członkiem krajowej, a potem Najwyższej Rady Zdrowia. W literaturze lekarskiej zapisał się szeregiem rozpraw z zakresu położnictwa i szpitalnictwa, oraz doskonałym podręcznikiem nauki o pielęgnowaniu chorych.

Szpital krakowski zyskuje w Dr Józefie Starzewskim najwybitniejszego dziś w kraju praktycznego znawcę szpitalnictwa, zyskuje niepospolitego kierownika o znakomitem doświadczeniu, szerokim poglądzie i wielkiej energii. Dają one rękojmię, że nareszcie i dla szpitala krakowskiego nastanie era pomyślniejsza i że szpital ten, skoro tylko nastaną stosunki pokojowe, wejdzie na tory nowoczesnych reform. Toteż Dr Starzewskiego witają na nowem stanowisku gorąco wszyscy, oceniający znaczenie szpitala krakowskiego dla kraju i dla kształcenia młodych pokoleń lekarzy.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 27. VI. na którem prof. Latkowski demonstrował kilku chorych z oddziału wewn. szpitala św. Łazarza, a Dr Oszacki demonstrował chorych leczonych naświetlaniem lampą kwarcową. Następnie kol. Walter wygłosił wykład »Reinfectio syphilitica«.

Było to ostatnie posiedzenie przed wakacyami.

— Ku uczczeniu pamięci doc. Dr Stanisława Droby umieszczona została tablica marmurowa ze stosownym napisem w szpitalnym kościele św. Łazarza.

— Miesięcznik p. t. »Odbudowa kraju« zaczął się ukazywać z d. 1. VI. b. r., jako organ Obywatelskiego komitetu odbudowy wsi i miast w Krakowie. Na naczelnego redaktora powołany został Dr Leon Władysław Biegeleisen; komitet redakcyjny tworzy komisya redakcyjna komitetu obywatelskiego, do której zaproszono profesorów Uniw. Jagiell.: Bujaka, Krzyżanowskiego i Górskiego. Z artykułów, pomieszczonych w pierwszym zeszycie, dotyczy bezpośrednio zagadnień higienicznych rozprawka doc. Dr Bronisława Biegeleisena: Odbudowa kraju, a zaopatrzenie gmin wiejskich w wodę. Adres Redakcyi i Administracyi nowego miesięcznika: Kraków, Krowoderska 26.

— Na tablicę pamiątkową doc. Dr Droby złożyli w dalszym ciągu prof. Dr Latkowski i prof. Dr Rutkowski po 40 k., a prof. Dr Nitsch 20 k. Ofiary te i zebrana poprzednio kwota, uzupełniona przez Redakcyę »Przeglądu lekarskiego«, wystarczyły na koszta tablicy. Rachunki można przejrzeć w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Lwów. Lwowskie Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu dnia 1. czerwca 1917 uchwaliło jednogłośnie przesłać do Namiestnictwa następujący wniosek:

»W akcyi odbudowy kraju naszego, zakreślonej na szeroką skalę, myśl o zdrowiu człowieka winna wnikać we wszelkie plany. Z tą myślą bowiem jednoczy się nadzieja nietylko wyrównania szczerb i spustoszeń w materyale ludzkim, lecz także wyrobienia na przyszłość tężyzny fizycznej i odporności ustroju ludzkiego. Niema działu tej akcyi, w którymby nie był pożądany głos doradczy higienisty-lekarza. Dość wspomnieć, że już sama kwestya mieszkaniowa, będąca najważniejszem zagadnieniem w sprawie ochrony dziecka w sprawie walki z gruźlicą i innemi epidemiami, nastręcza dużo sposobności do interwencyi lekarskiej.— Dotąd, o ile nam wiadomo, nie zasięgano opinii lekarskiej, a przecież my lekarze, poczuwając się w całej pełni do usług obywatelskich, pragniemy z całą ochotą wziąć udział w naradach nad odbudową kraju przez naszych delegatów, których dotychczasowa działalność na polu higieniczno-sanitarnem da rękojmię, że ich udział w tych naradach wypadnie z korzyścią dla zdrowotności kraju. Z powyższych więc względów prezydyum Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w myśl uchwały pełnego zgromadzenia członków uprasza: Wysokie c. k. Namie-

stnictwo raczy przy obradach nad odbudową kraju wyznaczyć miejsca dla trzech naszych reprezentantów, których głos będzie wyrazem naszej opinii«.

(Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwaliło było jeszcze 14. czerwca 1916 na posiedzeniu wspólnem z Towarzystwem technicznem krakowskiem, na którem był obecny także r. dw. Ingarden, — m. i. następującą rezolucyę: »Konieczny jest udział lekarzy tak w Centrali krajowej dla gospodarczej odbudowy Galicyi, zwłaszcza w jej dziale budowlano-technicznym, jak i w Radzie przybocznej, a to z głosem stanowczym«.

Od powzięcia tej uchwały upłynął przeszło rok, a postulat, uznany za słuszny w dyskusyi także przez przedstawicieli Centrali, — nie został dotąd spełniony).

— Staraniem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego udało się uzyskać częściowe otwarcie Zakładu zdrojowego w Truskawcu. Tak łazienki, jakoteż i sam zdrój funkcyonują już obecnie zupełnie normalnie. Ze względu jednakowoż na okoliczność, że znaczna część pomieszkań jest jeszcze zajęta przez wojskowość, znaleść może pomieszczenie tylko stosunkowo niewielka ilość kuracyuszów. Zarząd zdrojowy powiadamia o tem lekarzy i prosi równocześnie, by wysyłano do Truskawca chorych, rzeczywiście leczenia tam potrzebujących i to, o ile możności kolejno, a nie naraz wielu. Przed wyjazdem pożądane jest porozumienie się z Zarządem zdrojowym co do terminu przyjazdu, a to ze względu na trudności aprowizacyjne i pomieszczenia.

Warszawa. Zjazd higienistów polskich w Warszawie w d. 28. i 29. VI. oraz 1. VII. b. r. zapowiadał się z góry pomyślnie pomimo warunków wojennych. Wykładów zgłoszono przeszło 100. Z Galicyi wybierało się na Zjazd z powodu trudności paszportowych stosunkowo nieliczne przedstawicielstwo. Towarzystwo lekarskie krakowskie przedstawiać mieli oprócz prezesa, prof. Dr St. Ciechanowskiego, koledzy docent Dr Janiszewski, naczelny lekarz m. Krakowa i Dr Leonard Bier, kierownik Państwowego Zakładu badania środków spożywczych. Jednakże kol. prof. Ciechanowski, mimo bardzo wcześnie podjętych starań nie otrzymał paszportu i pozwolenia przejazdu.

— Według wydanego właśnie sprawozdania za r. 1916 wypłaciła Kasa im. Mianowskiego w tym roku 228.751 rb. zapomóg, a mianowicie na cele i badania naukowe 117.837, dla osób pracujących naukowo 3.755 rb. Z 74 wydanych w r. 1916 książek należało do działu lekarskiego 11, z tego 3 podręczniki oryginalne (Fizyologia pod red. prof. Cybulskiego i Becka), Choroby weneryczne prof. Malinowskiego, Anatomia opisowa Noskowskiego) według wykładów Lotha) i 1 tłómaczony (Farmakologia Gottlieba i Meyera). Kapitał zasobowy wynosi 856.750 rb., obrotowy 236.945 rb., bilans wykazuje 1,859.278 rb. Główny dochód stanowiły wpływy z kopalni nafty na Kaukazie, zapisane Kasie przez W. Zglenickiego. Wkładki członków, których jest tylko 210, przyniosły 1194 rb. Prezesem komitetu kasy jest Feliks Kucharzewski wśród 12 członków komitetu jest 3 lekarzy (Brudziński, Flaum, Pawiński).

Z różnych stron. Wojenna kwatera donosi:

Cesarz Karol wydał w d. 6. VI. 1917 następujący rozkaz dzienny:

»Wspaniałe wyniki zwalczania epidemii w czasie wojny zaoszczędziły moim armiom i moim ludom ciężkich ofiar, utrzymały zdolność wojsk do boju i przyczyniły się prawdziwie do zwycięstw na polu walki.

To zwycięstwo nad złośliwym wrogiem odnieśli lekarze przez jednolite współdziałanie, przez pracę z całych sił i jaknajwiększe poświęcenie; wielu lekarzy zginęło z epidemii wojennych, jako godni towarzysze tych walecznych lekarzy wojskowych, którzy wykonując swój obowiązek na polu bitwy padli śmiercią rycerską.

Wyrażam całemu stanowi lekarskiemu moje nieograniczone uznanie, przedewszystkiem także lekarzom naczelnym wojskowym i komisyom zdrowotnym, które przewidująco powołały do życia wielką organizacyę zwalczania epidemii, obejmującą wszystkie części siły zbrojnej.

Dziękuję Wydziałom lekarskim, które mi wychowały lekarzy z tak wysokiem pojęciem swego powołania i które przez umiejętne wykształcenie położyły podwaliny do błogosławionej działalności sztuki lekarskiej w tej wojnie«.

Zmarli: Dr Antoni Strzyżowski, zasłużony pracownik społeczny, członek honorowy Tow. lek. warszawskiego w 84 r. ż. w Piotrkowie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Czerwiec. (Cena 2 Mk.).

W tegorocznym zeszycie czerwcowym ogłosili prof. Langstein i Dr Ylppö: »Wybrane rozdziały z fizyologii i patologii narządów oddychania u dzieci«, a Dr Rhonheimer przegląd postępów pedyatryi.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1917.

Gazeta lekarska Nr 21—25.: Koelichen: Przypadek wybroczyny krwawej do rdzenia szyjnego pochodzenia urazowego z napadami omdlenia, zależnymi od postawy pionowej (21). — Ruppert: W sprawie walki z epidemią duru plamistego w Warszawie (21). — Chodźko: Organizacya państwowej służby zdrowia w Królestwie Polskiem (21). — Popiel: Trzykrotne cięcie cesarskie u jednej kobiety (22—23). — Chrostowski: Pleuritis purulenta metapneumonica, wyleczenie przy pomocy aspiracyi (22). — Szumlański: Ignacy Zielewicz, wspomnienie pozgonne (23). — Domaszewicz: Kilka uwag o leczeniu w polu ran postrzałowych czaszki (24—25). — Erlichówna: Przypadek eunuchidyzmu (24).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 21—25: W. Puławski: Leczenie błonicy surowicą swoistą oraz uwagi nad innemi chorobami zakaźnemi (21—22). — Hertz (dok. 23). — Jaworski: Projekt prawa sanitarnego o zdrojowiskach i uzdrowiskach (22).— Lipski: Mięsak żołądka (23). — Lubliner: Krwawienia i krwotoki uszne (23). — Sokołowski: W sprawie organizacyi kół opiekuńczych przy szpitalach Warszawy (23). — Skalski i Sterling: O leczeniu krwawej biegunki szczepionkami swoistemi (24). — Zamenhof: Kilka uwag o przewodnictwie kostnem oraz modyfikacyi prób Webera i Gallégo (24—25). — Wiśniewski: Przypadek wpadnięcia kłosa do dróg oddechowych (24).

Zdrowie Nr 5.: Jaworski: Z dziedziny niebezpieczeństw zawodowych doby obecnej. — Polak: W sprawie walki z durem plamistym w Warszawie.

Kronika dentystyczna Nr 6.: Zilz (dok.). — Krakowski (c. d.).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 27. Kraków, 7. lipca 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 7. lipca 1917. Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do etyologii i leczenia włóknikowego zapalenia oskrzeli.

Podał

Dr Józef Żychoń.

Mam zamiar przedstawić przypadek zapalenia włóknikowego oskrzeli, obserwowany przezemnie jeszcze przed 9 laty, a wybieram go do opracowania nietylko dlatego, że opisu tych przypadków znajdujemy w naszem piśmiennictwie bardzo niewiele, ale przedewszystkiem dlatego, że, mogąc śledzić przebieg choroby przez trzy z górą miesiące, wyrobiłem sobie zdanie co do etyologii, a może, ściślej mówiąc, patogenezy tego cierpienia i na tej podstawie przeprowadziłem odpowiednie leczenie.

Z góry muszę się zastrzedz, że pisząc na odludziu, nie rozporządzam odpowiedniem piśmiennictwem, będę zatem powoływać się tylko na te nazwiska, które sobie przypominam. Mogą się też znaleść w tej pracy pewne niedokładności, wskutek braku całkowitego materyału, składającego historyę choroby, gdyż nie mam go tutaj pod ręką.

Spostrzeżenie moje jest przypadkiem pierwotnego włóknikowego zapalenia oskrzeli, które jest właściwym typem tej choroby. Jeżeli przyjmiemy, że ma ona tło swoiste, zakaźne, to trzebaby następnie stwierdzić, czy wtórne włóknikowe zapalenie oskrzeli: zstępujące — przy włóknikowem zapaleniu gardła, krtani i tchawicy — pochodzenia błoniczego, i wstępujące — przy ostrem włóknikowem zapaleniu płuc — rozwijają się na tle tego samego zarazka, który wywołuje pierwotne włóknikowe zapalenie oskrzeli, czy też pierwsze jest wywołane przez prątki błonicy, a drugie przez dwoinki zapalenia płuc.

Przypuszczam, że te oba wtórne zapalenia występują na tle tego samego swoistego zarazka, który wywołuje zapalenie pierwotne, analogiczne do ostrych zapaleń płuc, występujących w przebiegu lub po przejściu ostrych chorób zakaźnych.

To samo trzebaby powiedzieć o przypadkach zapalenia włóknikowego oskrzeli, występujących u chorych na gruźlicę, kiłę, wyprysk (herpes), przy zatruciach jodem lub przy podrażnieniu błon śluzowych oskrzeli drażniącymi gazami. Choroby te wytwarzają tylko usposobienie — tło, na którem zarazek włóknikowego zapalenia oskrzeli rozwijać się i działać może.

Pierwotne zapalenie włóknikowe oskrzeli występuje bezwątpienia rzadko, ale z pewnością częściej, aniżeli to nasza literatura zapisała, bo już L. Korczyński [1]), wspominając o pięciu przypadkach, zestawionych przez A. Sokołowskiego, dolicza przypadek przez Baurowicza przedstawiony w r. 1901 na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego i wspomina o spostrzeganym przez siebie w klinice krakowskiej izraelicie, którego i ja sobie z czasu moich studyów uniwersyteckich przypominam. Pomijając to, że Sokołowski [2]) opisał owe pięć przypadków w r. 1902, Korczyński zaś dodał do nich dwa w r. 1905, to znaczy, że o tych siedmiu przypadkach była mowa jeszcze przed jedenastu laty, a zatem w tym okresie czasu spostrzegano prawdopodobnie dalsze, — to przypuszczam, że także trudności rozpoznawcze nie pozwalają objąć i zesumować wszystkich napotykanych przypadków.

Bo przecież nie można nazwać rozpoznaniem łatwem, jeśli na nie wyczekiwać jesteśmy zmuszeni, czasem przez lat nawet kilka, aż chory wykrztusi włóknikowy odlew; chory może odlewy takie, w szczególności mniejsze — odpluwać, nie zwracając na nie zupełnie uwagi, inny może ich nawet zupełnie nie odpluwać. A zatem wobec tych trudności rozpoznawczych rozpoznajemy z pewnością niejednokrotnie przewlekłe nieżytowe schorzenia oskrzelowe, albo dychawicę rzekomą, czy też nerwową, w przypadkach przewlekłego zapalenia włóknikowego oskrzeli, jeśli nam chory wykrztuszonego odlewu nie pokaże. Poza tem bardzo często posądza się chorych takich o gruźlicę.

Dlatego Sokołowski w swojej definicyi zapalenia włóknikowego oskrzeli, idzie za daleko, jeśli za charakterystykę tej choroby podaje »tę szczególną i podstawową właściwość, że wytwarzające się na błonie śluzowej oskrzeli włóknikowe produkty zapalne pod postacią białawych, rozgałęzionych cylindrów różnej wielkości i grubości bywają przez chorych od czasu do czasu na zewnątrz wypluwane«.

Charakterystyką tej choroby jest wytwarzanie tych tworów, a nie ich odpluwanie, które nam jedynie rozpoznanie ułatwia, czy umożliwia, — tak, jak nie jest charakterystyką gruźlicy odpluwanie prątków gruźliczych, ale ich obecność w płucach lub w innych narządach.

Tymczasem ostre pierwotne zapalenie włóknikowe oskrzeli kończy się w większej części przypadków śmiertelnie, przewlekłe zaś daje rokowanie nie wiele lepsze, bo zwykle występuje ono u ludzi schorowanych, słabowitych, a więc ogólny ich stan bardzo pogarsza, albo też w ciągu trwania tego cierpienia dołączają się rozmaite powikłania, najczęściej rozedma płuc, przewlekły nieżyt oskrzelowy, niedokrwistość, a wreszcie niedomoga serca, która w ostateczności wywołuje śmierć chorego.

Ponieważ zatem etyologia tej choroby jest zupełnie ciemną, ponieważ rozpoznanie jej aż do chwili wyplucia odlewu jest niemożliwe, a stosowane zwykle dotychczasowe leczenie objawowe nie wiedzie do celu, ogłaszam mój przypadek, w tem przekonaniu, że moje spostrzeżenie przyczyni się do bliższego określenia sprawy chorobowej i wskaże

[1]) »Nauka o chorobach wewnętrznych«, wydana przez prof. Jaworskiego, Tom II. Kraków 1905.

[2]) »Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych« Tom I. Warszawa 1902.

drogę do jej opanowania. Poza tem zachęca mnie i jakoby upoważnia do tego zdanie Sokołowskiego, że »każdy niemal z autorów, który spostrzegał choć jeden przypadek w mowie będącego cierpienia, budował co do jego etyologii własną hypotezę« [3]).

N. N., l. 56, literat z Warszawy, żonaty. Prowadzi od szeregu lat tryb życia bardzo nieregularny, pracował piórem zawsze nocami. Od dawna cierpi na wypadanie odbytnicy; sprawia mu to pewne dolegliwości, a po każdem wypróżnieniu zmuszony jest wypadnięte jelito palcami wprowadzać. Poza tem dawniej nie chorował. Przed 11 laty przebył nieżytowe zapalenie w dolnym płacie prawego płuca, a choroba ta trwała 10 dni. Przed 7 laty wystąpiły zwolna objawy ogólnego wyczerpania i zdenerwowania i z tego powodu przepędził zimę w Abazyi. Lekarze tamtejsi rozpoznali przewlekłą zimnicę, ale stan płuc miał być wówczas zupełnie dobry. Przed dwoma laty z wiosną zaczął chory pokaszliwać, przeważnie sucho i z trudem odkrztuszał czasem niewielką ilość plwociny; co czas jakiś występowała duszność. Objawy te stale wzmagały się ku zimie i przez zimę chory czuł się nimi bardzo znużony i zdenerwowany. Ponieważ zauważano z wiosną wzniesienia ciepłoty ciała, dochodzące do 38⁰, przypuszczano rozwijającą się gruźlicę i wyprawiono chorego na lato do Otwocka. Tu zapadł na zapalenie płuc nieżytowe wędrujące, a do niego dołączyło się zapalenie opłucnej prawej z wysiękiem. Wśród tej choroby, po silnym dreszczu i przy objawach wybitnej duszności, stwierdzono zapalenie osierdzia z wysiękiem. Przy tych groźnych powikłaniach, gorączkował chory wysoko, do 40⁰, występowały też kilka razy objawy niedomogi serca. Wystąpił też wtedy obrzęk rąk, w szczególności stawów nadgarstkowych. Korzystając z chwilowego przycichnięcia objawów chorobowych, powrócił chory w jesieni do Warszawy, ale tutaj stan ogólny zaczął się znowu pogarszać. Stwierdzono nowe ognisko zapalne nieżytowe w lewem płucu, powikłane obustronnem zapaleniem opłucnej, a wśrod tego wystąpił przykry obrzęk ślinianki podżuchwowej (angina Ludovici). Wreszcie, powoli, zaczął się stan trochę poprawiać, bywały okresy bezgorączkowe, nawet z górą tydzień trwające. Z końcem grudnia tego samego roku, podskoczyła nagle ciepłota ciała do 40⁰, a gorączka ta trwała dni dziewięć i opadła nagle. Wśród tej gorączki nic charakterystycznego, nowego badaniem nie stwierdzono, ale już po 10-dniowej przerwie znaleziono nowe ognisko nieżytowe płucne z ciepłotą dochodzącą do 38⁰, ale trwającą tylko przez cztery dni. Zimę przepędził chory jako tako. Miewał czasem duszność, kaszlał, odpluwał z trudem, ciepłota bywała zwykle podniesiona (do 37·5⁰), bywały też okresy nawet kilkutygodniowe bez gorączki. Ale już 1 marca zapadł na ostrę krupowe zapalenie całego lewego płuca. Po kilku dniach zapalenie to przeszło na dolny, potem na środkowy płat prawego płuca. Plwocina miała być wówczas bardzo wybitnie krwawa. Ta ostra choroba trwała dni jedenaście — z jednym dniem zupełnie wolnym od gorączki. W kwietniu wyjechał na Lido, ale mimo stanu na ogół bezgorączkowego, nie czuł się tam dobrze, bo częściej miewał uczucie duszności. Plwocina, z trudem wykrztuszana, bywała często krwawa. Z końcem maja pojechał do Reichenhall. Tu czuł się nieco lepiej, miewał jednak duszność, a ciepłota ciała wykazywała często niczem na pozór nieusprawiedliwione podskoki. Plwocinę wykrztuszał bardzo zbitą, a 27 lipca zauważył o godz. 3 rano po raz pierwszy w plwocinie odlew oskrzelowy. Na razie duszność się zmniejszyła, ale powróciła nazajutrz, a chory zaczął z trudem odkrztuszać dalsze liczne okazy jeden za drugim przez 3 dni. Przed odkrztuszeniem odlewów bywała plwocina zawsze krwawa, duszność utrzymywała się stale z bardzo małemi przerwami, występującemi zwykle po odpluciu większego odlewu, lub większej ilości odlewów małych.

Plwocinę badano od początku choroby bardzo wiele razy, podobno jednak nie znajdowano w niej nic charakterystycznego; prątków gruźliczych nie zauważono ani razu.

Przed rokiem orzekli ordynujący lekarze, że powodem, tych dziwnie uparcie i ostro przebiegających chorób i ich powikłań, jest zapewne jakiś pasorzyt, krążący we krwi.

Niedługo potem badał Dr Karwacki w Warszawie krew chorego i znalazł w niej podobno jakiegoś pasorzyta ropotwórczego.

Od czerwca do sierpnia wykazywała waga ciała ubytek 4 kg.; obecnie waży chory 64·9 kg.

Z tymi obszernymi wywiadami i w takim stanie zjechał chory do Zakopanogo i tutaj miałem go sposobność badać po raz pierwszy 29 sierpnia 1907 wspólnie z prof. Baranowskim i prof. Pieniążkiem.

Przy badaniu stwierdziliśmy: Mężczyzna średniego wzrostu, prawidłowo zbudowany, średnio odżywiony. Sprawia wrażenie ciężko chorego: chodzi i rusza się bardzo powoli, mówi wolno i cicho. Skóra blada, sucha, z odcieniem żółtawym, podściółka tłuszczowa skąpa. Włosy siwe; badany sprawia wrażenie człowieka liczącego około 70 lat. Oddech w spokoju równy i wolny, przyspiesza się wyraźnie przy każdym ruchu i mówieniu.

Ciepłota ciała 37·5, tętno dobrze napięte, bardzo wybitnie niemiarowe, co 5—7 uderzeń przynajmniej jedno przepuszcza, 42—48 uderzeń na minutę. Widoczne błony śluzowe blade, krtań i tchawica przekrwione. W obu dolnych częściach płuc przytłumienie, wyraźniejsze po stronie prawej, ruchomość obu płuc, w szczególności prawego zmniejszona; granice dolne obniżone. W prawym szczycie odgłos opukowy nieco krótszy, zresztą wszędzie z odcieniem lekko bębenkowym. Całe płuca pokryte przy wysłuchiwaniu wilgotnemi rzężeniami, najliczniejszemi w dolnym płacie prawego płuca. W prawym szczycie szmery oddechowe słąbsze, zresztą w obu płucach to zaostrzone, to osłabione; objaw ten nie jest stały, bo po kaszlu, w szczególności zaś po odkrztuszeniu plwociny, obraz ulega zmianie. Stłumienie serca na małej przestrzeni, widoczny jest jednak przerost prawej komory; nad koniuszkiem po pierwszym tonie podmuch. Czasem słychać na szczycie pierwszego tonu tarcie osierdziowe; nad tętnicą płucną drugi ton wyraźnie zaostrzony. Niemiarowość wybitna. Śledziona nieco powiększona, macalna, także wątroba powiększona i nieco obniżona. Odbytnica nieznacznie wypadnięta, naokoło wypadniętej części mniejsze i większe guzki krwawnicze.

Na podstawie wywiadów rozpoznaliśmy pierwotne przewlekłe zapalenie włóknikowe oskrzeli; na podstawie zaś badania: przewlekły nieżyt oskrzelowy, rozedmę płuc, obustronne zrosty opłucne, zagęszczenie prawego szczytu, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, obrzęk śledziony i wątroby, wypadanie odbytnicy, guzki krwawnicze, miażdżycę i niedokrwistość. Mimo wyrażonej przezemnie wątpliwości, a nawet obawy co do oddziaływania górskiego klimatu na tego rodzaju chorego, pozwolono mu pozostać w Zakopanem, do zażywania zaś podano jodek potasu. Zaraz w pierwszych dniach zaczął się stan chorego wyraźnie pogarszać: okazało się, że nawet najmniejszych dawek jodu nie znosi, gdyż wystąpił ostry nieżyt spojówek, nosa, gardła i tchawicy, na skórze zaś pokazała się charakterystyczna wysypka, w szczególności na czole. Równocześnie zaostrzyły się objawy nieżytu oskrzeli, wystąpiła wybitna duszność, powiększana uporczywym, suchym kaszlem, a co najważniejsze, zaczęło słabnąć serce, tętno stało się miękkie, niemiarowość zaś była z dniem każdym częstszą. Podane przetwory naparstnicy nie oddziaływały wybitnie na sprawność mięśnia sercowego, chory czuł się i rzeczywiście miał się z każdym dniem gorzej. Wśród silnego kaszlu wykrztuszał z trudem trochę krwawej plwociny, wśród której trudno się było gołem okiem dopatrzeć odlewów włóknikowych. Plwocina była śluzoworopna, lekko krwią zabarwiona, z małemi grudkami i nitkami. Znaleziono w niej komórki nabłonkowe płaskie, także wałeczkowate w nieznacznej ilości czerwone ciałka krwi, oraz liczne leukocyty; wiele z nich w okresie rozpadu. Nitki składały się przeważnie ze śluzu, natomiast w rozbitych grudkach znaleziono wśród substancyi włóknistej kilka silnie skręconych włókien Curschmanna. Laseczników gruźliczych, ani włókien sprężystych nie znaleźliśmy, było natomiast wiele różnych ziarenkowców, przeważnie ułożonych w gromadki, odpowiadających gronkowcom.

Rozbiór plwociny robiliśmy potem jeszcze kilka razy. Prątków gruźliczych nie widzieliśmy ani razu, włókna spiralne Curschmanna, to znikały, to znowu pokazywały się, z ziarenkowców najliczniej i najwybitniej dawały się spostrzegać zawsze gronkowce. Widzieliśmy też zawsze wiele rozpadających się i rozpadłych leukocytów.

Tymczasem stan chorego poprawił się o tyle, że objawy niedomogi serca trochę ustąpiły, na ogół jednak nie było mu lepiej. Ciepłota ciała utrzymywała się w granicach między 36·5 a 38·5 bez żadnego wybitnego typu: jednego dnia było najwyższe wzniesienie rano, drugiego wieczorem, na ogół jednak południowe wzniesienia bywały najniższe. Tętno było to słabsze, to silniejsze, nie przekraczało jednak 50 uderzeń na minutę i zawsze można było wyczuć niemiarowość. Czasem przychodziły dreszcze, czasem poty, duszność chwilami bywała znaczna, ka-

[3]) l. c.

szel nasilony, odkrztuszanie stale trudne. Większych odlewów nie widziałem, małe natomiast pokazywały się od czasu do czasu.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.

Postrzał pęcherza, macicy, pochwy i odbytnicy.

(Usiłowane samobójstwo).

Opisał

Dr Wilhelm Türschmid,

kierownik szpitala.

Samobójstwa przez postrzał zdarzają się u kobiet bardzo rzadko; w statystyce 194 przypadków, zebranej z 17 lat w Krakowie przez Wachholza, nie było ani jednego przypadku samobójstwa przez postrzał u kobiety; Hoffmann zaś podaje, że na 320 samobójstw bronią palną w Prusiech tylko jedno zdarzyło się u kobiety. Z nielicznych już przypadków samobójstw przez postrzał u kobiety do rzadkości wprost należą te, gdzie kobieta rani się i celuje w swoje narządy rozrodcze i to szczególniej w ciężarną macicę.

Psychologicznie da się ta rzecz wytłómaczyć łatwo wpływem ciąży na cały układ nerwowy kobiety, dalej nieraz wielką depresyą psychiczną, jaką wywiera często nieoczekiwana lub niepożądana ciąża na psychikę n. p. uwiedzionych lub zgwałconych dziewcząt, przyczem zrodzić się nawet może pewnego rodzaju nienaturalny wstręt lub nienawiść do rozwijającego się płodu, tak że kobieta, raniąc się w ciężarną macicę, pragnie zabić oprócz siebie i niepożądany dla niej lub nienawistny płód w macicy.

Gellhorn w r. 1903 zebrał z piśmiennictwa 23 przypadków postrzałów macicy ciężarnej i stwierdził, że przed 4. miesiącem ciąży nie zdarzały się one prawie nigdy, co wytłómaczyćby się dało łatwo tem, że dopiero po tym miesiącu ciąży występujące ruchy płodu mogą u ciężarnej obudzić z różnych przyczyn ten nienaturalny popęd, skłaniający ją do samobójstwa, a nieraz raczej do zabójstwa płodu, dającego znać o sobie przez swe ruchy.

Tak w opisanym przez Fudgego przypadku samobójstwa postrzał przebiegał poprzecznie poprzez macicę ciężarną w ósmym miesiącu księżycowym ciąży z wlotu pociskn wypadła sieć, z wylotu pępowina, a płód znajdował się w wolnej jamie brzusznej.

Z nienależącej tu właściwie kazuistyki postrzałów w ciężarną macicę w celach zabójstwa na wzmiankę zasługują szczególniej dwa przypadki.

Jeden, to przypadek, opisany przez Thomsona, gdzie u 23-letniej ciężarnej nastąpiło zranienie macicy nabojem śrutowym; płód nieżywy znajdował się w wolnej jamie brzusznej, tkwiąc jedynie głową we wnętrzu macicy. W wydobytem ciele płodu rentgenogram wykazał 30 ziarn śrutu w okolicy stawu biodrowego lewego.

Drugi przypadek, podany przez Tuckera, dotyczył 26-letniej chinki, u której postrzał zranił dno macicy ciężarnej w 9 miesiącu ciąży. Cięciem cesarskiem wydobyto płód żywy, u którego w okolicy kręgosłupa tkwił pocisk. Pocisk usunięto, a dziecko dało się uratować.

Do osobnej grupy zaliczyć należy przypadek usiłowanego samobójstwa, przezemnie spostrzegany. W przypadku tym u kobiety zresztą wysoce nerwowej istniejące od paru lat niedomaganie na tle choroby kobiecej stanowiło czynnik wyzwalający dla idei samobójstwa, przyczem kobieta ta, raniąc się w narządy rodne, chciała się niejako uwolnić od swych cierpień, wychodzących z tych narządów. Oto pokrótce historya choroby.

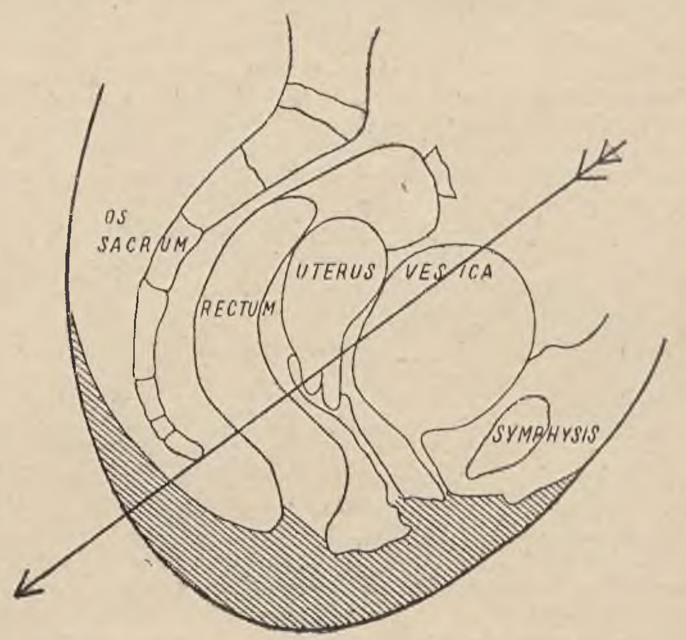
H. B. Liczba prot. st. ch. 272/1917. Chora liczy 29 lat, rodzeństwo bardzo liczne (11 osób), żadnego obciążenia w kierunku chorób umysłowych niema. W dzieciństwie przebyła ospę.

Chorowała rzekomo w panieństwie na płuca i wysoką nerwowość. Wyszła przed 7 laty zamąż, po 2 miesiącach zamęścia zaszła w ciążę, podczas której czuła się bardzo zdrową, a szczególniej wolną od swych bolesnych już i przedtem peryodów. We wrześniu 1911 r. nastąpił w Krakowie poród, przyczem wezwany lekarz zmuszony był założyć kleszcze. Połóg bezgorączkowy.

Po wstaniu po połogu zaczęła chora odczuwać silne bóle w krzyżach, nieregularność w peryodach i stan ten trwał aż do roku 1914, potęgując się coraz bardziej. Wreszcie znękana swą chorobą udała się chora do dwu specyalistów chorób kobiecych, a ci orzekli jednozgodnie, jak chora podaje, że u chorej istnieje, spowodowane, zdaje się porodem kleszczowym »przyrośnięcie macicy do krzyżów«, że leczenie wymagać będzie paru miesięcy, że skutek leczenia mimo to jest dość wątpliwy i że zajście w ciążę jest, jak na teraz wykluczone. U chorej w następstwie tego tak niepomyślnego rokowania wystąpiła silna depresya psychiczna, która z wybuchem wojny oraz pogarszaniem się ogólnego stanu sił potęgowała się z dnia na dzień.

Chora zmuszona była większą część dnia przeleżeć zawsze w łóżku, a każdy, choćby mały wysiłek czy to przy chodzeniu, dźwiganiu, czy przy innych okolicznościach, wywoływał natychmiast krwawienie maciczne, bóle w krzyżach oraz osłabienie. Znękana swoją chorobą udała się chora w pierwszych dniach lutego do Krakowa, aby, jak powiada, »wymusić« na lekarzu wykonanie operacyi i uwolnienie jej od cierpień. Do lekarza jednak tutaj się nie udała, lecz wśród silnego nerwowego podniecenia wsiadła do pociągu, odbyła powrotną podróż nocą do domu i tu dnia 15. II. w zamiarze samobójczym strzeliła z rewolweru w dolną część brzucha.

Wezwany w $^1/_2$ godziny potem stwierdziłem ranę postrzałową powłok brzusznych (kierunek postrzału uwidoczniony na rycinie). (Ryc. 1). Wlot pocisku znajdował się na 5 cm ponad



Ryc. 1.

spojeniem łonowem na $2^1/_2$ cm na prawo od linii środkowej brzucha, wylot na pośladku lewym na 5 cm na lewo od otworu stolcowego.

Badaniem przez pochwę stwierdzono ranę postrzałową na tylnej stronie części pochwowej macicy oraz tylnej ścianie pochwy (patrz rycinę), drążącą do odbytnicy, która przy badaniu poza powyższą raną na przedniej ścianie komunikującą z pochwą, okazywała rozległe rozdarcie ściany tylnej, sięgające aż do otworu stolcowego.



Tętno 100, regularne, bladość powłok znaczna. Ciepłota prawidłowa. Brzuch zapadły, nieco bolesny, nudności; mocz odprowadzony cewnikiem, ze znaczną domieszką świeżej i skrzepłej krwi.

Wobec niewątpliwego zranienia pęcherza, a nie dającego się wykluczyć zranienia kiszek, postanowiliśmy wykonać zabieg operacyjny z rewizyą jamy brzusznej.

Sam z powodu ropienia ręki zabiegu wykonywać nie mogłem, dlatego wezwany z Zakopanego kolega Dr Gustaw Nowotny, któremu też na tem miejscu za okazaną życzliwość dziękuję, potwierdziwszy nasze wskazania, przystąpił do zabiegu operacyjnego.

Otwarcie jamy brzusznej cięciem w linii środkowej od

spojenia do pępka. W wolnej jamie brzusznej płynna krew. Na przedniej ścianie pęcherza wlot postrzału — miejsce to nieznacznie krwawi. Założono na to miejsce dwupiętrowy szew katgutowy, poczem przystąpiono do rewizyi jelit cienkich, które okazały się nienaruszone. Macica nieco powiększona, obmurowana wśród zrostów, wśród których leżą zniekształcone jajowody i jajniki. Tylna część macicy i zagłębienie macicznoodbytnicze wypełnione zrostami, ciągnącymi się w postaci postronków od macicy ku kości krzyżowej.

Ponieważ ze względu na stwierdzone zranienie pochwy tuż przy tylnem sklepieniu nasuwała się myśl o ewentualnych zranieniach w samem dnie zagłębienia macicznoodbytniczego, oddzielono częścią na tępo, częścią na ostro zrosty z tyłu macicy, nigdzie jednak rany z postrzału nie znaleziono. Do zagłębienia maciczno-odbytniczego założono sączek gumowy, zresztą jamę brzuszną w typowy sposób zaszyto. Do pochwy i odbytnicy założono setony z gazy jodoformowej.

W 24 godzin po zabiegu operacyjnym setony zmieniłem. Ciepłota 38·4°. Mocz, odprowadzany cewnikiem, zawsze czysty z nieznaczną domieszką skrzepów krwi. Po 2 dniach chora oddaje mocz sama, bez domieszki krwi, bez parcia i bez boleści. Piątego dnia po zabiegu operacyjnym wśród oddawania moczu zauważyła chora, że mocz wycieka z pochwy.

Założyłem cewnik na stałe i wytwarzająca się u chorej przetoka pęcherzowomaciczonopochwowa została opanowana, tak że dziewiątego dnia cewnik usunąłem, a chora oddaje mocz prawidłowo.

Obecnie stan chorej bezgorączkowy, rana pooperacyjna, czysta, mocz odchodzi czysty, bez białka, bez osadu i prawidłowo. Rany w pochwie i odbytnicy zagojone.

Piśmiennictwo. 1) Gellhorn: Schusswunden des schwangeren Uterus. 1903. — 2) Thomson: Eine Schussverletzung der schwangeren Gebärmutter, des Kindes und der Därme. Journal für Geburtsh. u. Gyn. 1908. — 3) Fudge: Gunshot wound of the pregnant uterus. Ref. Zentr. für Chir. 1912. — 4) Tucker: A case of gunshot wound of the pregnant uterus. Ref. Zentr. für Chir. 1912.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 16 marca 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 32.

I. Przewodniczący oddaje cześć pamięci zmarłego profesora wszechnicy lwowskiej Nussbaum-Hilarowicza i przypomina o jego wielkich zasługach dla nauki polskiej.

II. Przewodniczący odczytuje pismo c. k. Namiestnictwa z zawiadomieniem, że w pierwszej połowie kwietnia odbędzie się w Wiedniu bezpłatny kurs dla lekarzy o prowadzeniu opieki dla chorych na gruźlicę.

III. Kol. Rencki przedstawia przypadki, a mianowicie:

1) **Polycythaemia rubra.**

a) J. K. l. 59. W 21 roku życia przebył kiłę. Nadużywał alkoholu. We wrześniu 1916 r. jednorazowe krwawienie moczowe, które powtórzyło się dwukrotnie w styczniu 1917. Od 2 miesięcy bóle w podżebrzu prawem, gdzie chory zauważył obecność guza. Od 3 miesięcy zaczerwienienie twarzy i uporczywe bóle głowy. Odżywienie mierne. Charakterystyczne zaczerwienienie twarzy i błon śluzowych; gruczoły chłonne nie powiększone. Tony serca czyste. Tętno 72, czasem niemiarowe, parcie 145—150 (R. R.). Wątroba, śledziona nie macalne. W podżebrzu prawem guz wielkości dwu pięści, nierówny, dość twardy, tkliwy, odpowiadający powiększonej nerce. Lewa nerka czasami macalna, tkliwa. Odruchy kolanowe prawidłowe. Mocz zawiera ślad białka, w osadzie nieliczne ciałka wysiękowe i czerwone. Krew: c. cz. 8.150.000, c. b. 6000, hgb. 110; neutrof. 71·2%, limfoc. 23·7%, jednojądrz. 5%, eozynochł. 0·3%, tuczne 0·6%. Odczyn Wassermanna ujemny.

Przypadek ten wyróżnia się brakiem powiększenia wątroby i śledziony i nieobecnością leukocytozy neutrofilnej. Zastanawiając się nad obecnością guza nerki, którego rozpoznanie wahać się może między zwyrodnieniem torbielowatem nerek i nowotworem (hypernephroma), omawia prelegent kombinacyę polycytemii ze zwyrodnieniem torbielowem nerek, którą miał sposobność spostrzegać, a którą stwierdził próbny zabieg operacyjny.

b) M. D. l. 50. Bóle i zawroty głowy od roku. Przed 2 miesiącami nagłe porażenie prawej połowy ciała z chorobową utratą przytomności. Wiśniowo-czerwone zabarwienie twarzy, warg, języka i błony śluzowej jamy ust. Rozedma płuc miernego stopnia. Tony serca czyste. Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. Tętno 70. Wątroba 3 palce poniżej łuku, twarda. Mocz bez białka. Niedowład prawej kończyny górnej i dolnej. Krew: c. cz. 8.600.000 c. b. 9400, neutrof. 76·5%, limfoc. 16%, jednojądrz. 2%, eozynochł. 4%, tuczne 1%, myel. neutrof. 0·5%, nieliczne normoblasty.

c) H. D. l. 46. Leczony w szpitalu powszechnym na oddziale doc. Orzechowskiego. Od dzieciństwa bóle głowy 1—2 razy na miesiąc, zwykle z wymiotami. Na wiosnę 1915 podwójne widzenie, utrzymujące się przez kilka miesięcy. Od roku bóle i zawroty stałe; w październiku 1915 wśród zawrotów głowy chory upadł, przytomności jednak nie stracił; wystąpiły wymioty i osłabienie prawej połowy ciała. Odtąd bóle głowy coraz silniejsze, bezsenność, upośledzenie słuchu na uchu prawem, uczucie trętwienia w prawej połowie ciała. Przedmiotowo stwierdza się u osobnika dobrze zbudowanego i odżywianego charakterystyczne zabarwienie skóry i błon śluzowych, przekrwienie dna oka, prawostronny niedowład, rozedma płuc; w sercu tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną zaostrzony. Tętno 88, dobrze napięte. Wątroba 2 palce poniżej łuku; śledziona twarda, 4 palce poniżej łuku. Mocz: c. g. 1.023, białka 1·2‰, bez cukru, w osadzie nieliczne ciałka wysiękowe i czerwone oraz wałeczki szkliste i szklisto-ziarniste. Krew: c. cz. 10,125.000, c. b. 12.800, hgb. 115, neutrof. 75·6%, limfoc. 15·5%, jednojądrz. 3·6%, eozynochł. 3·6%, tuczne 1·8%. Ciałek czerwonych jądrzastych nie znaleziono. Odczyn Wassermanna ujemny. Chory zmarł 9. lipca 1916 z powodu zapalenia płuc. Sekcya wykazała: Pneumonia lobularis disseminata pulmonis utriusque, emphysema pulmonum minoris gradus, hypertrophia cordis, tumor lienis ex hyperplasia pulpae et hyperaemia, hyperaemia hepatis et renum. Wymiary nerki: 15·5×7 cm; badanie drobnowidowe nie wykazało w nerkach sprawy zapalnej. Mózg oprócz bardzo znacznego przekrwienia bez zmian makroskopowych. Szpik kostny nie mógł być zbadany. Badanie preparatów miąższu śledziony, barwionych barwikiem May-Grunwalda, wykazało przeważnie bardzo obfite limfocyty małe obok komórek jednojądrzastych dużych, nieliczne komórki neutrofilne i eozynochłonne, odosobnione ciałka czerwone jądrzaste (normoblasty) i myelocyty neutrofilne.

Dyskusya:

1. Kol. Demianowski zauważa ze stanowiska psychiatrycznego, że w ostatnich czasach poza objawami neurastenicznymi opisał Mueller przy polycytemii segmentalną amnezyę, której nie można sobie inaczej tłómaczyć, jak tylko jako następstwo nie wpadających w oko okresów zamroczenia.

2. Kol. Szczepański co do sprawy tworzenia się przy polycytemii większej ilości ciałek czerwonych w szpiku kostnym podnosi nasuwającą się myśl, czy nie odgrywa tu roli okoliczność, że ciałka czerwone nie zanikają w prawidłowy sposób.

3. Kol. Orzechowski podnosi, że wielką usługę w rozpoznawaniu polycytemii oddawało mu badanie dna oka. Obraz brodawki nerwu wzrokowego przekrwionej z sinociemnemi naczyniami jest tak typowy, że zdarzać się może tylko w polycytemii i chyba jeszcze w pewnych chorobach, w których skład chemiczny hemoglobiny ulega zmianie.

4. Kol. Pisek spostrzegał przypadek polycytemii, w którym od 3 lat zauważył powiększanie się gruczołu tarczowego z typowymi objawami choroby Basedowa. Stan krwi poprawił się, objawy polycytemii później były tak nieznaczne, tak choremu nic nie dokuczały, że nie trzeba było z nimi się liczyć. Parcie krwi atoli stale było większe. Ta kombinacya polycytemii z chorobą Basedowa nie jest częsta i nasuwa myśl, czy niema tu związku przyczynowego w wydzielaniu wewnętrznem. Upusty krwi nieraz chwilowo przynoszą ulgę, lecz przy silnej polycytemii nic nie pomagają.

5. Kol. Rencki w odpowiedzi na uwagę kol. Szczepańskiego podnosi, że przy polycytemii bezwarunkowo następuje tworzenie się większej ilości ciałek czerwonych w szpiku kostnym, a nie nieprawidłowy ich zanik.

2) **Choroba Recklinghausena** (neurofibromatosis).

S. T., l. 36, zamężna, 2 poronienia, jedna ciąża. Przed 15 laty ostry gościec stawowy. Chora miesiączkuje nieregularnie,

ostatni raz przed 5 miesiącami. Od dzieciństwa ma na skórze liczne guzki. Podobne zmiany na skórze miał ojciec chorej i ma je młodsza siostra. Chora z trudnością ukończyła szkołę ludową. Uskarża się na brak pamięci, trudność myślenia, cierpi na uporczywe bóle i zawroty głowy, bezsenność; stała się apatyczna, płaczliwa. Odżywienie dobre. Na twarzy siniec. Małe wysadzenie gałek ocznych, gruczoł tarczowy niewybadalny; rozedma płuc; w sercu objawy niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia ujścia żylnego lewego. Tętno 80. Obrzęk zastoinowy wątroby i śledziony. Macica mała, twarda. Mocz bez zmian. Krew: c. cz. 5,150.000, c. b. 4.600, hgb. 75%, neutrof. 65%, limfoc. 27·3%, jednojądrz. 6·9%, eozynochł, 4·2%, tuczne 1·8%, bardzo rzadko normoblasty. Odczyn Wassermanna ujemny. Odruchy kolanowe prawidłowe. Na skórze tułowia, kończyn górnych i górnej części ud obok licznych, drobnych, żółtawych plam barwikowych, charakterystyczne dla rozwiniętych postaci chorobowych duże plamy barwikowe kształtu owalnego. Obok tego bardzo liczne, różnej wielkości (od wielkości soczewicy do wielkości orzecha laskowego) guzki, wystające ponad powierzchnię skóry; niektóre sinawe, jakby chełboczące, łatwo dają się ucisnąć, inne twardsze, okrągłe, na których szczycie widnieją ujścia gruczołów łojowych. Guzki te nie sprawiają chorej dolegliwości, jedynie na silniejszy ucisk są tkliwe.

Omawiając objawy chorobowe, zmiany anatomiczne i przebieg cierpienia, podnosi prelegent zmiany we krwi oraz zaburzenia psychiczne, objawiające się otępieniem, zmiennością usposobienia, które to objawy niejednokrotnie opisywano w tej chorobie. Zmiany te mogą być objawami zboczeń w układzie nerwowym, które stwierdzono pod formą stwardnienia guzowatego mózgu (sclerosis tuberosa), a które z nerwowłókniakami (neurofibromatosis) są jedną jednostką chorobową (Orzechowski, Nowicki).

Dyskusya:

1. Kol. Pisek spostrzegał zaburzenia psychiczne przy chorobie Recklinghausena u człowieka 24-letniego w początkowym okresie choroby. Pierwsze objawy wystąpiły pod postacią upośledzenia wzroku. Badanie stwierdziło rozszerzenie siodła kości klinowej; nowotworu nie znaleziono. Chory zmarł po 2 latach wśród objawów mózgowych. Mowca radzi w każdym przypadku badać dokładnie przysadkę mózgową.

2. Kol. Gluziński wypowiada kilka uwag o stosunku mózgu do choroby Recklinghausena i podnosi, że w tym kierunku literatura polska posiada bardzo wiele cennych prac, jak Hornowskiego, Nowickiego, Orzechowskiego, Krzyształowicza, Penziasa i wielu innych.

3. Kol. Orzechowski zwraca uwagę, że chory przedstawiony ma na policzkach kilka drobnych wyniosłości, przypominających gruczolaka gruczołów łojowych (adenoma sebaceum), które jednak, jak na typową taką sprawę są za mało liczne. Gdyby koledzy specyaliści chorób skórnych rozpoznali rzeczywiście w tym przypadku tę sprawę (adenoma sebaceum), wówczas należałoby rozpoznać u niego obok choroby Recklinghausena także t. zw. stwardnienie guzowate mózgu, które to obie jednostki chorobowe są patogenetycznie ściśle ze sobą spokrewnione, obok siebie mogą występować i obecność jednej z pewnem prawdopodobieństwem wskazuje na możliwość istnienia u tegoż chorego drugiego także z wymienionych cierpień, jak to wykazali Nowicki, Schuster i Bielschowsky.

4. Kol. Hornowski przypomina o przypadku, który przedstawiał przed kilku laty w Towarzystwie, gdzie obok podstawowej choroby: guzowatego stwardnienia mózgu były nerwowłókniaki i gruczolaki łojowe na skórze.

IV. Kol. Hornowski przedstawia preparaty mikroskopowe mózgu, **barwione metodą Pal-Weigerta**, w których zamiast płynu różniczkowego używał **wody utlenionej**, według metody, opisanej przez prelegenta w »Przeglądzie lekarskim«. Preparaty te odznaczają się znacznie wyrazistszym rysunkiem na bardzo jasnem tle.

V. Kol. Kucera wygłasza odczyt p. t.: **Dzisiejszy stan nauki o etyologii i epidemiologii duru plamistego.**

Towarzystwo lekarskie radomskie.

101 Ogólne Zebranie 31 stycznia 1914.

(Dokończenie).

Czy sama prostytucya po przyjęciu rezolucyi Związku o zniesieniu reglamentacyi zniknie, albo się zmniejszy? Zaiste, nie. — Przeciwnie prawdopodobnie wzrośnie jeszcze. I na to nic nie pomogą romantyczne żale żadnych związków kobiecych, czy męskich, bo wszystkie one oparte są nie na rzeczywistości, ale na fałszywym przedstawieniu rzeczy. A oto dowody:

a) Prostytutki tylko w bardzo małej odsetce rekrutują się z nieszczęśliwych ofiar brutalności mężczyzn, zniewolonych siłą lub obałamuconych pięknemi obietnicami, którym uległy przez nieświadomość; w trzech czwartych conajmniej są to dziewczęta, którym uczciwa ciężka praca nie smakowała, więc wolały pójść na »lekki« chleb, który im pozwala okrywać swe ciało bez pracy w błyskotliwe suknie. Kto nie wierzy, niech zapyta o to lekarzy policyjnych, cyrkułowych, powiatowych i innych, z musu stykających się z prostytutkami, a dowie się, że na pytanie, co daną osobę popchnęło do nierządu, najczęściej otrzymuje odpowiedź: »nic chciało mi się robić«. O tem samem przekonać się można z rozprawy inauguracyjnej magistra praw i administracyi Jana Maurycego Kamińskiego p. t. »O prostytucyi, jej przyczynach i t. d.«, wydanej, o ile mię pamięć nie myli, około roku 1880.

b) Reglamentowane, t. j. zaciągnięte do kontroli prostytutek, mogą być zgodnie z istniejącem prawem tylko te kobiety, które się na to zgodzą dobrowolnie; innemi słowy dziś istnieje tylko reglamentacya dobrowolna, a nie przymusowa, o jakiej n. p. mówi Zapolska w swej powieści: »O czem się nie mówi«.

c) Przesadne jest twierdzenie o gwałcie, popełnianym na godności ludzkiej prostytutki przez przymusowe oględziny lekarskie.» Gwałtu mniemanego one zupełnie nie czują, bo już dawno godność ludzką zatraciły. Nie rozumiemy, dlaczego oględziny przez lekarza dla sprawdzenia stanu zdrowia mają być gwałtem nad duszą (?) ludzką, a oględziny tejże prostytutki przez pierwszego lepszego mężczyznę dla rubla już nie mają mieć tego charakteru?

d) Niema wątpliwości, że wyzysk prostytutki przez lupanary jest ogromny, że są one białemi niewolnicami w rękach właścicieli tych zakładów. Ale tu wina leży nie po stronie prawa, gdyż pozwala ono wyzyskiwanej prostytutce każdej chwili opuścić niesumiennego gospodarza, a nawet nakazuje policyi rolę sprawiedliwego rozjemcy (patrz przepisy dla utrzymujących domy publiczne). Tu winna bierność samej prostytutki, która jest za leniwa na to, by coś zrobić nawet dla siebie samej! Za ogólnym pędem więc, zniósł miejscowy Komitet policyjno-lekarski domy publiczne w Radomiu i od tej chwili widzimy co wieczór włóczące się prostytutki po ulicach całego miasta, podczas gdy dawniej gnieździły się tylko w jednem, dwu miejscach. Zresztą każda prostytutka ma swego kochanka, t. zw. alfonsa, który ją na swobodzie wyzyskiwać będzie jeszcze lepiej, niż właściciel lupanaru, nad którym choć de jure istnieje kontrola policyi.

e) Co do oględzin lekarskich, t. zw. rewizyi, to w tym jednym względzie przyznać należy znaczną część słuszności autorkom odezwy. Nawet sumienna rewizya często nie przesądza o możliwości szerzenia przez prostytutkę chorób wenerycznych z tego powodu, że doświadczona prostytutka, czy też utrzymująca dom publiczny, są obeznane z objawami chorobowymi i przed samą rewizyą bardzo zręcznie umieją maskować swą chorobę, a więc usuwają (przepłukiwaniem, wyciskaniem i t. p.) wszelką podejrzaną wydzielinę z pochwy, cewki i gruczołów Bartolina, któraby mogła świadczyć o ostrem zakażeniu tryprowem; na badanie zaś drobnowidowe niema czasu albo też rzadko kiedy bywa ono możliwe. To też trypra szerzą prostytutki bardzo szeroko. Co do wrzodu miękkiego i objawów przymiotu, to te rzadko kiedy mogą ujść oczu lekarza i rewizya pod względem ograniczenia szerzenia się tych chorób stanowczo jest korzystna. Zresztą stwierdzono, że rewizya systematyczna przez lekarza sprzyja dbałości prostytutek o czyste utrzymywanie części sromnych, a już to samo ogranicza możność zarażenia się przez prostytutkę, podlegającą rewizyi, w porównaniu z prostytutkami tajnemi, które w głównej mierze przyczyniają się do szerzenia chorób wenerycznych.

f) Nareszcie co do leczenia prostytutek zarażonych w oddzielnych szpitalach, to dziwnym jest ten zarzut wobec ogólnolekarskiej tendencyi, zresztą bardzo racyonalnej: oddzielania chorych na choroby zakaźne od innych chorych. Prostytutka, chora na zapalenie płuc, suchoty i t. p. leczona jest wszak na salach ogólnych, lecz wenerycznie chore tak, jak chorzy na dur, ospę, płonicę, muszą być wydzielane z pośród innych chorych, aby im nie zagrażały swoją chorobą. Wobec powyższego postulaty odezwy Związku równouprawnienia kobiet uważam za fałszywe i mogące przynieść szkodę społeczeństwu.

Z dwojga złego wolę mniejsze: mniejsza szkoda wynika dla społeczeństwa z reglamentacyi i rewizyi prostytutek, niż

z traktowania ich na równi z innymi członkami tegoż społeczeństwa. (Streszczenie autora).

W tej samej sprawie przemawia kol. H. Fidler, oraz odczytuje odpowiedź, jaką proponuje przesłać Związkowi równouprawnienia kobiet w sprawie prostytucyi, mianowicie by Z. R. K. zwrócił się do Zjazdu higienistów we Lwowie, jaki się ma odbyć w lecie r. b., który to Zjazd może być bardziej powołany do opiniowania w tej sprawie.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

XIX. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 20. grudnia 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg i zaproszony prof. Dr Machek.

1. Prof. Dr Machek daje wyjaśnienia o stanie fundacyi ś. p. Dr Lukasa, które Wydział przyjmuje do wiadomości. Dr Mikołajski podaje myśl, ażeby Izba lek. i Towarzystwo lekarzy galic. sprawozdania swoje nawzajem sobie przedkładały, co ważne jest ze względu na zapomogi udzielane tak przez Izbę, jakoteż przez Tow. lek. galic. Prezydent wyjaśnia, że imienny spis udzielonych zapomóg podaje Izba w swych sprawozdaniach, a prof. Machek wyjaśnia, że Tow. lek. galic. sprawozdania swoje drukuje w pismach lekarskich.

2. Rozdzielono zapomogi między następujące wdowy i sieroty po lekarzach: 1) Eisensteinowa 100 kor., 2) Dubanowiczowa 50 kor., 3) Flohrowa 100 kor., 4) Heroldowa 50 kor., 5) Gawacka 100 kor., 6) Hlebowicka 50 kor., 7) Klaftenowa 50 kor., 8) Kraetschmarowa 50 kor., 9) Langowa 50 kor., 10) Michalikowa 150 kor., 11) Rotterowa 50 kor., 12) Szamedówna 100 kor., 13) Wachnianinowa 100 kor., 14) Romaszkanowa 50 kor., 15) Zielińska 100 kor. Razem rozdzielono 1150 kor.

XX. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 28. grudnia 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg.

1. Prezydent odczytuje list prezydyum Izby lek. zach. galic. w sprawie wniosku prof. Ciechanowskiego, z propozycyą zwołania wspólnego posiedzenia obu Izb, jakoteż zwołania ankiety względnie wysłania deputacyi Izb do Wiednia. Wydział oświadcza się za trzema pierwszymi punktami memoryału prof. Ciechanowskiego; jako termin posiedzenia proponuje dzień 6. I. 1917; na wspólne posiedzenie Izb wyznacza jako delegatów prezydenta, wiceprezydenta i Dr Schellenberga, a na delegatów do Wiednia prezydenta względnie także wiceprezydenta.

2) Prezydent odczytuje zredagowane przez siebie pismo do c. k. Namiestnictwa w sprawie podwyższenia honoraryów lekarskich. Przyjęto.

XXI. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 10 stycznia 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Schellenberg, zast. Dr Meisels. Usprawiedliwił nieobecność Dr Mikołajski.

1. Omówiono i ustalono warunki pomieszczania protokołów posiedzeń w »Przeglądzie lek.«.

2. Prezydent podaje do wiadomości, że wspólne posiedzenie obu Izb galic. w sprawie administracyi sanitarnej w wyodrębnionej Galicyi odbędzie się w Krakowie 13. I. 1917.

3. Omówiono i zgodzono się na treść referatu i koreferatu na powyższe posiedzenie, oraz wyrażono życzenie, ażeby celem dokładnego rozpatrzenia memoryału prof. Ciechanowskiego zwołano ankietę, na której miałyby być reprezentowane wszystkie ciała i organizacye lekarskie.

XXII. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 31. stycznia 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg.

1. Prezydent odczytuje protokół wspólnego posiedzenia obu Izb lekarskich oraz zdaje sprawę z deputacyi do Wiednia, dokąd wyjechał 23. I. b. r. wraz z Dr Schellenbergiem, celem przedstawienia postulatów Izb w sprawie administracyi sanitarnej wyodrębnionej Galicyi tak prezesowi Koła polskiego, jak Ministrowi dla Galicyi.

Uchwalono w razie potrzeby zwołać ankietę Towarzystw i organizacyi lekarskich celem przedstawienia jej spraw, na wspólnem posiedzeniu Izb uchwalonych.

2. Odczytano pismo Wydziału wykonawczego w sprawie nowej ustawy o kasach chorych. Uchwalono zawiadomić Wydział wykonawczy, że nasza Izba w r. 1914 uchwaliła wzór ramowy dla zawierania umów przy obejmowaniu posad w kasach chorych.

3. Odczytano pismo Izby salzburskiej, w sprawie podwyższenia normy jednostkowej za leczenie członka kasy chorych. Uchwalono odpisać, że u nas na razie niema ustalonej normy.

4. Prezydent podaje do wiadomości, że na interwencyę Izby otrzymał Dr Mazanek należną mu jako lekarzowi epidemicznemu kwotę 2260 kor.

5. Dr A. Krzyształowicz prosi Izbę o ponaglenie wypłaty przez c. k. Namiestnictwo należących się mu rachunków tytułem szczepienia. Uchwalono odnieść się do c. k. Namiestnictwa.

6. Dr Z., lekarz okręgowy w D., prosi o udzielenie pożyczki 8000 kor. Uchwalono pożyczki odmówić, natomiast odpisać, że Izba poprze wniosek kredytowy o odszkodowanie wojenne.

7. Dr Bard, lekarz okręgowy w Rożniatowie, prosi o interwencyę w Wydziale krajowym z powodu wstrzymania mu przez Wydział powiatowy poborów lekarza okręgowego od 1. VIII. 1914. Uchwalono poinformować się w Wydziale krajowym.

8. Dr Sokołowski z Zaleszczyk, obecnie w Przemyślu, prosi o zawiadomienie, jakie posady okręgowe lub miejskie są wolne.

9. Gremium techników dentystycznych przesyła zażalenie na dentystę Dr W., który wydał swej żonie świadectwo odbytej u niego praktyki techniczno-dentystycznej i w sprawie używania przez Dr W. tytułu technika. Uchwalono przesłać zażalenie Drowi W. do oświadczenia się.

10. Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby na dzień 10. marca 1917 i ustalono porządek dzienny.

11. Uchwalono odnieść się do c. k. Starostw o wykazy lekarzy obecnie w powiatach praktykujących.

12. W sprawie wniosków kredytowych, nadsyłanych Izbie do zaopiniowania, uchwalono załatwiać je kolegialnie. Projekt kosztorysu urządzeń lekarskich, sporządzonego w powyższym celu przez pracownię instrumentów lekarskich p. Trepczyńskiego, oddano do referatu Dr Drzymalikowi.

Rada honorowa.

13. Referent odczytuje zażalenie Dr B. z L. przeciw Dr S. z L. w sprawie objęcia przez tego ostatniego leczenia pacyenta do którego Dr S. był wezwany przez Dr B. na naradę lekarską

XXII. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 14. lutego 1917.

Obecni: Prezydet Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg, zast. czł. wydz. Dr Meisels.

1. Odczytano pismo c. k. Sądu krajowego o odebraniu dyplomu akuszerce Starzewskiej, z powodu prawomocnego zasądzenia jej za zbrodnię spędzenia płodu.

2. Odczytano pismo Magistratu lwowskiego w sprawie świadectw lekarskich na dodatkową ilość artykułów żywności dla osób chorych. Świadectwa takie należy stemplować marką na 2 kor.

3. W sprawie Dr Barda z Rożniatowa uchwalono, w myśl zasięgniętej informacyi zawiadomić go, że jako lekarzowi stabilizowanemu należy mu się płaca i żeby się na razie sam odniósł do Wydziału krajowego.

4. Dr Drzymalik referuje zestawienie kosztorysu lekarskiego dla Wojennego zakładu kredytowego. Uchwalono przyjąć cennik, podany przez firmę Trepczyńskiego, oraz wyszczególnione przez referenta dodatki tak w instrumentach i bibliotece lekarskiej, jakoteż w urządzeniu pokoju ordynacyjnego, co razem miałoby wynosić przy obecnem podrożeniu wszystkich artykułów kwotę 11000—12000 kor.

5. Odczytano pismo Wydziału krajowego do Wydziałów powiatowych w sprawie konieczności obsadzenia posad lekarzy okręgowych w wakujących okręgach sanitarnych.

6. Prezydent odczytuje zażalenie p. Zofii T. na Dr I. S.

w L., oraz oświadczenie się Dr S. w tej sprawie. Odstąpiono Dr Drzymalikowi do referatu.

7. Prezydent odczytuje zaproszenie c. i k. Komendy II Armii na zjazd chirurgów wojennych (Feldärztliche Tagung), który się odbędzie we Lwowie w dniach 20, 21 i 22 lutego b. r.

Rada honorowa.

8. Obecni wszyscy wyżej wymienieni, oraz zaproszeni do ustnej rozprawy Dr B. i Dr S. ze Lwowa.

Po przedstawieniu sprawy przez referenta, odczytaniu aktów, przesłuchaniu stron, Rada uznała, że postąpienie Dr S. było wynikiem błędnej interpretacyi §§ 16 i 43 deontologii i ich wzajemnego stosunku do siebie, a zarazem uchwaliła zwrócić uwagę Dr S., że postępowanie takie jest niewłaściwe, a ze względu na to, że część lekarzy tak samo błędnie się na tę sprawę zapatruje, ogłosić w protokole posiedzenia, iż w przyszłości w przypadkach nieprzestrzegania § 43 przez lekarzy wdroży się postępowanie dyscyplinarne.

Uchwałę powyższą zakomunikował prezydent obu lekarzom wezwanym do rozprawy.

9. Sprawa honorowa Dr B. z L.

Referent odczytuje pismo c. i k. Komendy II Armii wraz z alegatami i protokołami przeprowadzonej w wojskowej komendzie rozprawy. Uchwalono zawezwać Dr B. do przesłuchania.

XXIV. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 28 lutego 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg, zast. wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent składa imieniem Wydziału gratulacyę Dr Meiselsowi z powodu jego odznaczenia krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa.

2. Odnośnie do p. 2 poprzedniego protokołu podaje Dr Drzymalik do wiadomości, że chorych ze świadectwami lekarskiemi prywatnych lekarzy Zarząd aprowizacyi odsyła do fizykatu celem ponownego zbadania, co uchybia godności lekarzy ordynujących. Uchwalono wysłać deputacyę Izby do komendanta miasta z odpowiednim memoryałem.

3. Prezydent podaje do wiadomości, że Dr Czaczkowski złożył 100 kor., jako nieprzyjęte honoraryum na fundusz wdów i sierot po lekarzach, a lekarze miejscy we Lwowie 100 kor. na ten sam cel, zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr Frankowskiego.

4. Odczytano wniosek Izby lek. morawskiej o zwołanie do Wiednia posiedzenia prezydentów wszystkich Izb lek. austryackich zamiast ogólnego Wiecu Izb. Uchwalono zgodzić się na takie posiedzenie i uprosić prezydenta, aby w niem wziął udział.

5. Dr K., lekarz miejski w D. żali się, że zamknięto mu płacę lekarza miejskiego od czasu jego służby wojskowej. Uchwalono poinformować się w Wydziale krajowym.

6. W sprawie zażalenia Gremium techników dentystycznych na Dr W. odczytano wyjaśnienie Dr W. i uchwalono zażądać jeszcze wyjaśnień od profesora dentystyki Dr Cieszyńskiego.

7. Zaopiniowano szereg wniosków kredytowych.

XXV. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 7. marca 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg.

1. Dr Drzymalik referuje sprawę zażalenia p. Zofii T. na Dr I. S. z L. Uchwalono zawiadomić p. T., że Wydział po zbadaniu sprawy nie widzi powodu do wystąpienia przeciw Dr S. Ze względu zaś na treść odpowiedzi, przysłanej przez Dr S. do Izby w tej sprawie uchwalono zwrócić uwagę Dr S. na niewłaściwość formy i sposobu pisania do Izby lekarskiej.

2. Prezydent porusza sprawę opłat izbowych od lekarzy do Izby przynależnych, a będących obecnie w służbie wojskowej. Uchwalono poruszyć tę sprawę na mającym się odbyć we Wiedniu zjeździe prezydentów Izb.

3. Uchwalono przedstawić pełnej Izbie wniosek uchwalenia opłaty izbowej na r. 1917 w kwocie 12 kor.

4. Uchwalono zaproponować pełnej Izbie lek. na delegata Izby do krajowej Rady zdrowia prezydenta Izby Dr Papéego.

5. Odczytano pismo Wydziału kraj. z zestawieniem posad

lekarskich nieobsadzonych, względnie opróżnionych. Uchwalono ogłosić wykaz w pismach fachowych i politycznych.

6. Lekarz sztab. Dr Skopal i lek. asyst. posp. rusz. Dr Spacil donoszą, że wykonywują w Stryju praktykę dentystyczną wobec braku tam lekarzy dentystów. Przyjęto do wiadomości i uchwalono zażądać od nich opłaty izbowej za rok bieżący.

7. Zgodzono się na nadanie koncesyi aptekarzowi C. Michalikowi na otwarcie apteki we Lwowie w bliżej określonych miejscach.

9. Zaopiniowano wniosek kredytowy.

10. Dr Kohlberger porusza sprawę orzeczeń lekarskich dla towarzystw ubezpieczeń od wypadków. Dyskusyę i uchwałę odroczono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie pełnej Izby lek. w dniu 10. marca 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Izby Dr Drzymalik, Kielanowski, Meisels, Mikołajski, Schellenberg. Usprawiedliwili swą nieobecność Dr Markiewicz, Piaskiewicz, Smolarski, Sołtysik (Stryj). Nieusprawiedliwił Dr Zaleski (Lwów). Radca Namiestnictwa Dr Lachowicz, jako komisarz rządowy, nadesłał na ręce prezydenta pismo usprawiedliwiające nieobecność.

1. Prezydent poświęca wspomnienie żałobne zmarłemu w r. 1916 zastępcy członka Izby Dr St. Krasowskiemu w Stanisławowie.

2. Prezydent odczytuje sprawozdanie Wydziału z czynności za czas od 11 maja 1916. Przy wzmiance o śmierci ś. p. Cesarza Franciszka Józefa wszyscy członkowie powstają z miejsc. Uchwalono sprawozdanie przyjąć do wiadomości, a prezydentowi podziękować za trud.

3. Dr Kohlberger jako skarbnik przedstawia sprawozdanie kasowe. Członkowie komisyi rewizyjnej Dr Kielanowski i Meisels wnoszą o udzielenie absolutoryum. Przyjęto.

4. Referent Dr Kohlberger przedkłada wniosek Wydziału w sprawie opłat izbowych na r. 1917. Uchwalono zgodnie z wnioskiem 12 kor.

5. Delegatem Izby do krajowej Rady zdrowia wybrano prezydenta Dr Papée, a zastępcą Dr Drzymalika.

6. Przy wnioskach członków wnosi Dr Meisels, ażeby do członków Izby, zaproszonych na dzisiejsze posiedzenie, a nie przybyłych, jakoteż i do tych, którzy wprawdzie nadesłali usprawiedliwienie, jednak stale na posiedzenia Izby nie przybywają, wystosować osobne pisma z przypomnieniem odnośnego paragrafu regulaminu, wedle którego są obowiązani przybywać na posiedzenia z wyjątkiem tylko ważnej przeszkody. Przyjęto jednogłośnie i uchwalono w przyszłości zacytować ten paragraf zawsze w zaproszeniach.

Zjazd higienistów polskich w Warszawie
(29. i 30. czerwca i 1. lipca 1917).

W d. 29. i 30. czerwca oraz 1. lipca b. r. odbył się w Warszawie II Zjazd higienistów polskich. Można powiedzieć śmiało, że Zjazd udał się znakomicie; udział w Zjeździe i zainteresowanie się pracami Zjazdu były bardzo wielkie.

Komitet urządzający z p. Dr Bączkiewiczem, jako prezesem na czele, dokonał bardzo wiele, zorganizowawszy w przeciągu niespełna 2 miesięcy cały Zjazd. Jedyny zarzut, który można uczynić, to zbyt wielka ilość referatów i odczytów, ale trzeba wziąć pod uwagę, że jestto dopiero II Zjazd higieniczny, a wszystkie młode organizacye zjazdowe grzeszą taką powodzią referatów i wniosków.

Na Zjeździe poruszono cały szereg spraw pierwszorzędnej wagi. Zwrócono uwagę na niedostateczne odżywianie się ludności na ziemiach polskich w obecnym czasie i na skutki tego stanu, manifestujące się zwiększoną ogólną śmiertelnością, a w szczególności śmiertelnością z gruźlicy i śmiertelnością dzieci. Omówiono sprawę walki z gruźlicą i chorobami wenerycznemi, sprawę odbudowy kraju, organizacyę sanitarną w przyszłem państwie polskiem. W końcu podniesiono znaczenie zdrowia i życia ludzkiego, potrzebę prowadzenia racyonalnej polityki populacyjnej wprowadzenia ubezpieczenia społecznego i zajęcia się pracami z dziedziny higieny rasy (eugeniki).

Z powodu trudności komunikacyjnych udział lekarzy z zaborów pruskiego i austryackiego nie był tak liczny, jakby sobie tego lekarze zakordonowi życzyli, reprezentowani byli prawie wyłącznie lekarze z Królestwa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego na rok 1917/18 został wybrany prof. Dr Maryan Smoluchowski, a dziekanem Wydziału lekarskiego prof. Dr Emil Godlewski.

— Dr Stefan Borowiecki, asystent kliniki neurologicznej, otrzymał na Wydziale lekarskim »veniam legendi« z zakresu neurologii i psychiatryi.

Z różnych stron. Otrzymaliśmy tegoroczny trzeci (marcowy) zeszyt »Polskiego Miesięcznika lekarskiego«, wydawanego w Kijowie. Lista założycieli, pomieszczona na okładce, znów znacznie wzrosła i obejmuje obecnie nazwiska prawie wszystkich najwybitniejszych lekarzy Polaków, bądź stale, bądź czasowo przebywających w Rosyi, a na czele listy stanęły: Związek lekarzy i przyrodników polskich w Piotrogrodzie oraz Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie. Z kroniki tego zeszytu dowiadujemy się, że w grudniu 1916 powstała w Kijowie przy Kijowskiej Radzie okręgowej Polska Rada lekarska, mająca na celu skoordynować działalność sanitarną na Rusi polskich organizacyi pomocy ofiarom wojny; prezydyum Rady stanowią Dr Modrzewski (prezes Rady), oraz docenci Dr Piasecki i Dr Szumowski. — W Mińsku litewskim zawiązało się 13. marca 1917 »Stowarzyszenie lekarzy Polaków«. Pierwszemu zebraniu (28 uczestników) przewodniczył Dr Offenberg; pierwszy zarząd stanowią prócz niego Dr Chrzanowski, Pański, Malkiewicz, Łubieński, Kościński, Korsun, Klecki, Padlewski, Gąsiorowski, Kłossowski, Brudzki.— Sekcya lekarska polskiego Towarzystwa naukowego w Moskwie podjęła kroki dla lepszej opieki nad wygnańcami polskimi. — W Charkowie uzyskali w marcu r. b. dyplomy lekarskie Polacy pp.: Gajdziński, Goljan, Janusz, Kalina, Masiejewski, Salomonowicz, Śniegocki, Szystowski, Wolski.

— Mając wkrótce ogłosić sprawozdanie z popularnych wykładów o chorobach wenerycznych, zorganizowanych w Galicyi w r. 1916/7, proszę tych kolegów, którzy jeszcze nie nadesłali wiadomości o wygłoszonych przez siebie wykładach, o jak najrychlejsze nadesłanie statystyki tych wykładów. St. Ciechanowski.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Maryan Kościuszko, rodem z Głogowa w Galicyi.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 28. Kraków, 14. lipca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi; kwartalnie 5 kor. $4^{1}/_{2}$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz. prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 14. lipca 1917. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala Polskich Legionów w Lublinie.

Pomoc chirurgiczna na tyłach armii.

Napisał

Dr Gustaw Zaremba,

lekarz-kapitan Polskich Legionów [1]).

Do opracowania niniejszego referatu służył mi przedewszystkiem mój materyał rannych ze szpitala Legionów w Lublinie z ostatnich jedenastu miesięcy, a nadto zaczerpnięte już więcej z pamięci wspomnienia i doświadczenia moje, nabyte w czasie działalności mojej chirurgicznej od początku wojny w szpitalu fortecznym Nr 1 w Krakowie.

Interesują nas właściwie tylko rany postrzałowe i wywołane wybuchami granatów, te bowiem stanowią główny kontyngent rannych, odsyłanych z frontu na tyły; natomiast rany, wywołane białą bronią, pałaszem lub bagnetem, dochodzą do nas w bardzo małej liczbie, a w dalszem leczeniu przedstawiają dla chirurga tylko w wyjątkowych razach większe zainteresowanie w razie przecięcia nerwów, ścięgien, naczyń i t. d. O tychże więc nie mam zamiaru dalej mówić.

Zupełnie inaczej ma się sprawa z ranami postrzałowemi. Jak wiadomo, bywają one wywołane albo przez kule karabinowe, szrapnelowe, lub przez odłamki wybuchających granatów lub min. Rana, wywołana kulą karabinową lub szrapnelową, przy najlżejszej formie, o ile pociski przechodzą przez ciało gładko, i o ile w ranie nie rozwinęło się zakażenie, nie wymagają od chirurga zbyt natężającej pracy. Przy zachowaniu zwykłych ostrożności aseptyki lub antyseptyki ludzie ci w stosunkowo bardzo krótkim czasie opuszczają szpital jako wyleczeni i wracają znowu na front. Tego rodzaju ran z kul karabinowych o kanale gładkim w czasie obecnej wojny widujemy stosunkowo mało na tyłach. Częściej my, chirurdzy na tyłach armii, otrzymujemy także od kul karabinowych ciężko rannych, z rozerwaniem części miękkich i ze złamaniami kości. Jest to zapewne wynikiem sposobu prowadzenia walki tegoczesnej na stosunkowo bardzo małą odległość. Rowy strzeleckie stron walczących dzieli od siebie wązka przestrzeń, wskutek tego też zarówno kule karabinowe, jak i wielka ilość większych odłamków granatów trafia żołnierzy na blizki bardzo dystans, powodując temsamem siłą swego uderzenia i siły rozpędowej bez porównania cięższe zranienia, niż z większej odległości. Działanie przeto i kul karabinowych na blizką odległość jest podobne, jak przy eksplozyi, t. j. szarpiące i gruchocące części miękkie i kości. Nieraz widuje się dłuższe i większe odcinki kości, nieraz i całe stawy, uległe rozpryśnięciu i pogruchotaniu na mniej lub więcej drobne części. Odłamkom zaś kostnym przy rozpryskiwaniu się udziela się również siła rozpędowa i one, wyrwane ze swego związku, wbijają się w części miękkie, rozrywają napotkane po drodze nerwy, mięśnie, ścięgna, naczynia. U naszych żołnierzy, przychodzących z tego rodzaju ciężkiemi ranami z powodu zwykłych kul karabinowych, wystrzelonych na małą odległość, przyjęło się mniemanie, że zostali trafieni tak zwanemi ekrazytówkami lub kulami dum-dum. To przypuszczenie trzeba brać bardzo ostrożnie; dowód w danym razie przeprowadzić, czy rzeczywiście była użyta kula dum-dum, lub ekrazytówka, jest bardzo trudno, a możliwe jedynie przy zastosowaniu promieni Röntgena.

Między tymi obrazami zranień, od najlżejszych aż do co dopiero przedstawionego bardzo ciężkiego, są najróżnorodniejsze inne. To samo da się powiedzieć i o ranach z powodu kul szrapnelowych i wywołanych przez odłamki wybuchających granatów. Wielkość i objętość rany zależy od wielkości uderzającego odłamka i od jego siły rozpędowej. Różnorodność urazu rozpoczyna się tu od lekkiej kontuzyi bez rozerwania części miękkich, a kończy się na rozdarciu i roszarpaniu całego osobnika w strzępy.

Dalszy los rany, a temsamem rannego, odesłanego z frontu na tyły, jest w pierwszym rzędzie zależny od nasilenia zakażenia, którego zarodek zawierają niemal wszystkie rany postrzałowe bez wyjątku. Pewnik ten został stwierdzony podczas obecnie toczącej się wojny, gdyż jeszcze z początkiem wojny uważaliśmy za wskaźnik zasadniczy naszej działalności chirurgicznej, iż mniej więcej przeważną część zranień postrzałowych w chwili udzielenia pierwszej pomocy chirurgicznej należało uważać za będące w stanie jeszcze jałowym, wolne od drobnoustrojów chorobotwórczych. Zapatrywanie to początkowe okazało się jednakowoż błędnem i musiało uledz zasadniczej zmianie i zupełnemu przewrotowi, gdyż niemal wszystkie rany postrzałowe bez wyjątku, nawet te o kanale gładkim, okazały się już pierwotnie zakażonemi, jak to wykazały niezbicie badania bakteryologiczne, przeprowadzone przez Läwena i Hessego (Münch. med. Woch. 1916 str. 688) na zupełnie świeżych ranach z kul karabinowych, szrapnelowych i odłamków w ciągu pierwszych dwóch godzin po zranieniu. Wskutek tych doniosłych badań należy uważać dalsze losy ran postrzałowych, jako uzależnione od ilości i rodzaju zarazków, które się do nich w chwili zranienia dostały, a nadto od odporności, jaką ustrój, względnie sama rana rozporządza w tym czasie. Drobnoustroje te dostają się w ten sposób do każdej rany, iż pocisk, (który sam przez się zresztą wskutek swego rozgrzania może być rzeczywiście jałowym), przy przedziurawieniu ubrania i skóry, które na swej powierzchni mieszczą różne drobnoustroje, porywa je razem i wtłacza do rany. Inne zaś, jak odłamki granatów, które uderzają najpierw w ziemię lub części budowlane okopów lub murów, porywają części ich i wtłaczają je do rany wraz

[1]) Wygłoszone, jako referat, na pierwszym Zjeździe poświęconym medycynie wojskowej polskiej w Warszawie 2. II. 1917.

z oderwanemi częściami ubrania i w nich zawartymi drobnoustrojami. Wówczas wielkość samego pocisku, dalej rozmiar wlotu rany, jakość zanieczyszczenia znajdującego się na samym odłamku pocisku, będą miarodajne dla ilości i jakości drobnoustrojów, które zdołały przytem wtargnąć w głąb rany. Za czynnik usposabiający do zakażenia pierwotnego rany należy uważać także i tę okoliczność, że długie przebywanie żołnierzy w okopach wywołuje niezwykłe zanieczyszczenie ich ciała i ubrania, a pocisk cząstki tych zanieczyszczeń zabiera razem ze sobą do wnętrza rany.

Przeciwko temu pierwotnemu zakażeniu niemal każdej rany postrzałowej występuje do boju w pierwszym rzędzie naturalna odporność ustroju, a przedewszystkiem odporność tkanek, dokoła samej rany się znajdujących. Rodzaj i wielkość, istota samej rany stanowi później o tem, czy ustrój zdoła pierwotne zakażenie pokonać lub czy zakażenie zacznie się dalej rozwijać wśród tkanek wskutek rozmnażania się zagnieżdżonych tamże droboustrojów.

Gdy w ranach zwyczajnych o gładkich ścianach kanału postrzałowego od kuli karabinowej są tkanki mało co nadwerężone i wskutek tego są zdolne do zmobilizowania pełni swych sił żywotnych i obronnych przeciwko dalszemu szerzeniu się zakażenia i to pierwotne zakażenie niemal w zarodku zduszają, a gojenie następuje bez wyraźniejszego odczynu zapalnej, zbliżone do gojenia doraźnego, to tkanki uszkodzone w swej żywotności, przez większe lub mniejsze poszarpanie i porozrywanie tracą znacznie lub nawet zupełnie swą wrodzoną odporność pokonywania zakażenia. Owszem takie rany poszarpane stanowią doskonałą pożywkę dla rozmnażania się drobnoustrojów, dla przenoszenia się zakażenia w głąb tkanek i stają się powodem ciężkiego nieraz zakażenia nietylko miejscowego rany i otoczenia jej, ale wiodą nieraz do zakażenia całego ustroju. Uszkodzone w swej żywotności tkanki, poczęści obumierające miejscowo i ulegające zgorzeli, zmniejszają odporność rany, ponieważ właśnie te materye uodporniające są związane jedynie z żywą komórką. W ranie zaś o powierzchni zmiażdżonej, jakie spotykamy tak często w ciągu obecnie toczącej się wojny, w czasie której walka artyleryi z jej ciężkimi pociskami zadaje najcięższe zranienia, istnieją nieraz bardzo znaczne przestrzenie tkanki martwej, która stanowi jak najpodatniejszy grunt do rozmnażania się drobnoustrojów, zwłaszcza zaś w czasie ruchu i wstrząśnień transportowych, podczas których drobnoustroje mają jeszcze lepsze warunki do przedostawania się w przestrzenie i szpary międzymięśniowe. Nie należy zatem zapominać, iż nieuniknione wstrząśnienia w czasie transportu rannego, poruszanie się odłamków kostnych przy niedostatecznem unieruchomieniu ich przed transportem, wywołują tem znaczniejsze obumieranie tkanek, zwiększają krwawienie, a przez to tworzą się znowu jaknajdogodniejsze warunki do dalszego rozmnażania się drobnoustrojów, dla rannego zaś maleją korzystne warunki odporności, tak niezbędnej dla ustroju celem zwalczania zakażenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Przyczynek do etyologii i leczenia włóknikowego zapalenia oskrzeli.

Podał

Dr Józef Żychoń.

(Dokończenie).

Po kilku tygodniach takiej obserwacyi widocznem było dla mnie, że leczenie klimatyczne żadnego dodatniego wpływu na stan chorego nie wywrze, przeciwnie myślałem ciągle o wyprawieniu go gdzieś ku południowi, gdzie więcej słońca i ciepła, a równocześnie zdawałem sobie coraz jaśniej sprawę, że i tam, jak i tutaj, prawdziwie lepiej choremu nie będzie. Wiedziałem, że mam przypadek zapalenia włóknikowego oskrzeli, ale obserwacya chorego przekonała mnie, że jest to typowa choroba zakaźna.

Przypuszczenie, wyrażone przez ordynujących lekarzy jeszcze przed rokiem, że tłem wszystkich tych dolegliwości jest zapewne jakiś pasorzyt, krążący we krwi, wydało mi się bardzo trafnem, a ponieważ wiedziałem z wywiadów, że Dr Karwacki znalazł wówczas we krwi chorego jakiegoś ropotwórczego pasorzyta, zwróciłem się do niego listownie po informacyę. Dr Karwacki odpisał mi, że z krwi badanej otrzymał kolonię »ziarników«. Rosły one na agarze w postaci delikatnego białego nalotu, na bulionie tworzyły często łańcuszki. Uderzającym był ich ruch, odmienny od zwykłego drobinowego. Za pomocą barwienia wykrył u nich jedną rzęskę. Hodowla była delikatna i po tygodniu nie dała się przeszczepić. Badania całkowitego co do stosunku do różnych gleb, oraz chorobotwórczości — nie dało się przeprowadzić. Drugi posiew krwi robiony był w 7—8 tygodni po pierwszym. Pożywka pozostała jałowa. Dr Karwacki określił tego pasorzyta, jako gronkowca, a raczej jakąś jego odmianę, wyróżniającą się przedewszystkiem ruchem od zwykłego. Równocześnie, wspólnie z Dr Korzonem, przeprowadziliśmy badanie krwi w sanatoryum Dr Dłuskiego i wyhodowaliśmy gronkowca białego o cechach prawie identycznych z cechami ziarenkowca, wyhodowanego przez Dr Karwackiego. Był on dosyć duży, ułożony w gromadki po 6—8, budowy łańcuszkowej; rzadko trafiały się także łańcuszki proste. Ruchu nie spostrzegaliśmy.

Z literatury obcej, tyczącej się tej choroby, niewiele się dowiedziałem, ale w opisie Sokołowskiego[4]) uderzyło mnie, że i on jakby się skłaniał do uznania tej choroby za sprawę »ropniczą«, zakaźną, że i on w swoich wszystkich przypadkach znajdował w odlewach włóknikowych gronkowce, a dwa razy wyhodował je z plwociny chorych. Jeżeli zatem Claise na zasadzie przypadku przewlekłego włóknikowego zapalenia oskrzeli z wyników hodowli i szczepień wyprowadza wniosek, że czynnikiem chorobotwórczym jest tylko paciorkowiec, samą zaś sprawę nazywa nawet »streptococcie chronique des voies respiratoires« [5]), to ja, na podstawie obserwacyi i zbadania możliwie wszechstronnego mego chorego, nazwałbym ją śmiało »staphylococcie«. Paciorkowiec, jak zresztą i w innych sprawach ropnych, nie przez niego wywoływanych, jest domieszką w tej chorobie tylko uboczną, wywołującą zakażenie mieszane.

I jeszcze jedno. Sokołowski, omawiając etyologię tej choroby, wyraża przypuszczenie, że źródłem zakażenia w jednym z jego przypadków była pracownia anatomiczna, w której chory jego, lekarz, wiele czasu przepędzał; wspomina dalej o przypadkach Pichiniego, tyczących się 3 robotników, »którzy pracując na polu, świeżo irrygowanem odchodami ludzkimi, zapadli jednocześnie na ostre zapalenie krupowe oskrzeli«. W moim przypadku mogło być powodem zakażenia ciągłe manipulowanie chorego około wypadającej odbytnicy. Prawdopodobną jest rzeczą, że wszystkie te przypadki wywołał gronkowiec, pochodzący z kału ludzkiego.

Wiadomo, że są pewne, »łagodne« odmiany gronkowca, żyjące na skórze i błonach śluzowych człowieka; druga grupa gronkowców chorobotwórczych (staphylococcus pyogenes albus, aureus, citreus) wywołuje u ludzi rozmaite ropne zmiany chorobowe, jak ropowice, ropnie, zanokcice, posocznicę, ropnicę. Często też dołącza się on do innych chorób, wywołując wtórne, mieszane zakażenie, jak n. p. w gruźlicy, błonicy, zapaleniu płuc, a zatem w tych chorobach, w których spostrzegano też niejednokrotnie wtórne zapalenie włóknikowe oskrzeli. Wiadomo też, że gronkowce »łagodne« różnią się od chorobotwórczych bra-

---

[4]) l. c.
[5]) l. c.

kiem aglutynacyi i brakiem wytwarzania hemolizyny i leukocydyny.

Co się tyczy zapalenia włóknikowego oskrzeli, to prawdopodobnie wywołuje je jakaś, może dotąd bliżej nieokreślona odmiana gronkowca chorobotwórczego, gdyż, jak wyżej wspomniałem, gronkowiec w moim przypadku wykazywał przy pierwszem badaniu pewne różnice, czy pewne cechy odmienne (ruch). Może też gronkowiec z grupy »łagodnych«, dostawszy się do ust człowieka i przeszedłszy cały jego przewód pokarmowy, zmienia pewne swe cechy i nabiera jadowitości. Tak, czy owak, on to wywołuje zapalenie włóknikowe oskrzeli. Zapewne potrzeba do rozwinięcia się choroby jeszcze tak zwanego »usposobienia«, to jest sumy tych bliżej nam jeszcze nie znanych warunków, które, według zdania Virchowa, są oddziaływaniem pewnych narządów i tkanek na pasorzyty i ich wytwory, t. j. toksyny. W ten sposób możnaby też wytłómaczyć, o czem już na wstępie wspomniałem, powstawanie zapalenia włóknikowego oskrzeli, zstępującego przy błonicy i wstępującego przy ostrem krupowem zapaleniu płuc: gronkowiec, towarzyszący prawie stale tym sprawom chorobowym, to znaczy prątkowi błoniczemu i dwoince zapalenia płuc, nabiera przy pewnem »usposobieniu« chorego jadowitości i wywołuje swoisty obraz zapalenia włóknikowego oskrzeli.

Ale znajdowano też w plwocinie chorych na dychawicę małe odlewy włóknikowe oskrzeli i przeciwnie w plwocinie chorych na zapalenie włóknikowe oskrzeli znajdowano typowe rzekomo składniki plwociny astmatycznej, t. j. włókna spiralne Curschmanna i kryształy Charcot-Leydena. Zachodzi zatem pewne powinowactwo między temi dwiema chorobami. Pierwszy zwrócił na to uwagę, zdaje się, Fraenkel, a Sokołowski już w r. 1895, w pracy »O samoistnem zapaleniu włóknikowem oskrzeli« [6]), wyraził pogląd, »iż obie te sprawy z punktu widzenia ogólnopatologicznego mają pewne pokrewieństwo«.

Te włókna spiralne obserwowałem i w moim przypadku i przypuszczam, że są one odlewami najdrobniejszych oskrzelików. Przemawiałaby za tem i ich budowa, gdyż wiadomo, że włókna te są wewnątrz drożne, jakby cieniuchne rurki.

Pytanie zatem, czy panujące i obowiązujące do dnia dzisiejszego określenie Brisseaud'a dychawicy oskrzelowej, jako »nerwicy o napadach duszności skurczowej, z często jej towarzyszącemi zaburzeniami naczyniowydzielniczemi błony śluzowej dróg oddechowych«, — nie powinno uledz rewizyi i czy także tutaj jakaś odmiana gronkowca, przy pewnem usposobieniu chorego, nie odgrywa roli.

Ustaliwszy, że mamy do czynienia z ogólnem zakażeniem gronkowcem, postanowiłem, po naradzie z Dr Korzonem, zastosować surowicę przeciwgronkowcową, t. j. antytoksynę przeciwko leukocydynie, czyli truciźnie, wytwarzanej przez chorobotwórczego gronkowca, a wywołującej pęcznienie i rozpad leukocytów.

Ponieważ surowicy tej w Zakładzie krakowskim nie dostałem, zwróciłem się do laboratoryum bakteryologicznego Ruette et Enoch w Hamburgu. Zarząd tego laboratoryum nadesłał mi kilka 5-gramowych flaszeczek, ręczył piśmiennie, że wstrzyknięcie tego środka żadnej szkody choremu przynieść nie może, dodał jednakże, że surowicy tej dotąd u ludzi nie stosowano. Wobec tej uwagi zasięgnąłem jeszcze rady ś. p. doc. Dr Droby i za jego zgodą rozpocząłem leczenie.

5. października wykonałem pierwsze wstrzyknięcie. Po 26 godzinach stwierdziliśmy, że ciepłota nie zmieniła się, a bóle w rękach, na które chory skarżył się w ostatnich czasach, wybitnie się wzmogły; duszność natomiast była stanowczo mniejsza i wyraźnie mniejsza była niemiarowość tętna; było ono też liczniejsze, bo naliczyliśmy 66 uderzeń na minutę.

Po drugiem wstrzyknięciu, wykonanem 7. października, ciepłota ciała obniżyła się o kilka dziesiątych, a tętno, ciągle mniej niemiarowe, dochodziło 66—72 uderzeń na minutę; wystąpił natomiast bolesny obrzęk stawu nadgarstkowego prawego. Chory zaznaczał, że ma duszność mniejszą.

[6]) Gazeta lekarska 1895.

Stan ten zachęcił mnie do dalszych wstrzykiwań.

Już po 5. wstrzyknięciu ciepłota ciała zeszła niżej 37°, tętno straciło niemiarowość i doszło 72—84 uderzeń na minutę. Duszność i kaszel były z dniem każdym mniejsze, a przy badaniu stwierdziłem zmniejszoną ilość rzężeń, furczeń i świstów. Chory odpluwał łatwiej. Widoczne dawniej w plwocinie grudki i nitki znikły.

Jeszcze tylko dwa razy 26/7. października i 5/6. listopada wrócił silniejszy kaszel wśród objawów duszności, a po tym drugim ataku znaleźliśmy w plwocinie po raz ostatni kilka bardzo małych włóknikowych odlewów. Rozbiór ich nic szczególnego nie wykazał: nie było włókien spiralnych, gronkowców było nie wiele.

Wstrzyknięć zrobiłem razem dziewięć, a co do ich częstości, to powodowałem się tylko wynikiem badania. Gdy zauważyłem jakby cofanie się osiągniętej poprawy, robiłem zaraz zastrzyknięcie dalsze. Wystąpiły jednak i przykre przypadłości. Po 5. wstrzyknięciu zmniejszać się zaczęła ilość moczu, a nawet wystąpiły obrzęki nóg. Białko w bardzo nieznacznej ilości znalazłem tylko raz — po 6. wstrzyknięciu — przy bardzo zmniejszonej ilości moczu, 500 gr. na dobę. Po wstrzyknięciu 7, przy stosowaniu odpowiedniej dyety i podaniu środków moczopędnych, ilość moczu wyraźnie się zwiększyła (1000—1350 gr. na dobę), obrzęki ustąpiły, a chory czuł się o tyle dobrze, że wstawał, wyjeżdżał i wychodził na przechadzkę.

1. listopada wieczorem podskoczyła nagle ciepłota do 37·4 i równocześnie spostrzegłem silną wybroczynę na prawej gałce ocznej. W dalszym ciągu chory duszności nie miewał, kaszlał mało, tętno równe wykazywało stale 72—84 uderzeń na minutę. Oddech był równy, głębszy. Objawy nieżytowe prawie znikły. Ta poprawa utrzymywała się stale i chory, lepiej wyglądający i silniejszy znacznie, wyjechał w pierwszej połowie grudnia do domu.

To leczenie surowicą przekonało mnie, że gronkowiec tracił z dniem każdym na jadowitości i cały szereg objawów, przez jego toksyny (leukocydyny) wywołanych, ustępował pod działaniem wstrzykiwanej antytoksyny. Wynik poparł moje przypuszczenie, że toksyny gronkowca były powodem zmian w płucach, a zresztą i całego obrazu chorobowego. Toksyny te, wywoławszy swoiste zapalenie włóknikowe oskrzeli, działały następnie na mięsień sercowy, a zmiany, stwierdzone w sercu, były objawami zboczenia czynnościowego i odnosiły się z pewnością nietylko do mięśnia sercowego, ale do całego narządu naczynioruchowego. Zgadza się to zupełnie z wynikami badań Becka, Słapy i Raczyńskiego, przeprowadzonych w pracowni kliniki prof. Gluzińskiego we Lwowie. Zresztą sam prof. Gluziński, wstrzykując zwierzętom toksyny gronkowca, wywoływał u nich ostre zmiany w mięśniu sercowym.

Co do zmniejszenia się ilości moczu, wystąpienia obrzęków nóg i śladów białka w moczu, to objawy te odnieść należy do wprowadzenia do ustroju ludzkiego obcej surowicy w tak znacznej ilości. Wstrzyknąłem choremu w przeciągu miesiąca 45 gramów surowicy i być może, że te wstrzykiwania robiłem za często. Przypuszczam, że we wcześniejszym okresie choroby wystarczyłaby znacznie mniejsza ilość surowicy i nie byłoby tych powikłań.

Wreszcie akt ostatni. Co się stało z chorym, na jak długo to »wyleczenie« mu starczyło?

W pół roku potem miałem sposobność badać go raz jeszcze w Warszawie. Leżał w łóżku z powodu zatrucia ołowiem, któremu uległa cała rodzina wskutek pobielanych naczyń kuchennych cyną, ołów zawierającą. Wszyscy przeszli ostry nieżyt żołądka i jelit i po kilku dniach wyzdrowieli; wyniszczony długą i ciężką chorobą ustrój mego chorego nie miał już sił tej choroby przezwyciężyć. W płucach żadnego pogorszenia nie znalazłem, stwierdziłem natomiast objawy niedomogi serca. Tętno, drobne i słabe, nie wykazywało niemiarowości.

Dowiedziałem się, że w ciągu tych kilku miesięcy od powrotu z Zakopanego czuł się chory na ogół nieźle, nie gorączkował, kaszlał mało, nie miewał duszności i pracował.

Dalszych badań plwociny, której zresztą chory odpluwał bardzo niewiele i to rzadko, nie robiono, ani krwi nie badano.

W kilka tygodni potem umarł z powodu ogólnego wyczerpania.

Dla ścisłości wspominam o tem zejściu, chociaż śmierć stała tu tylko w pośrednim związku z dawną chorobą, to znaczy z zakażeniem gronkowcem. To zaś zakażenie trwało lat siedem, nic dziwnego więc, że ustrój wyczerpało.

Trudno zapewne wyciągać jakieś pewne wnioski na podstawie jednego przypadku, ale, jeśli z takimi chorymi spotykamy się tak rzadko, to jeden starczyć musi za dziesiątki.

Wynik leczenia był bez wątpienia dodatni. W każdym zatem przypadku przewlekłego i ciężkiego schorzenia oskrzelowego o przebiegu niewyraźnym, w każdym przypadku uporczywej dychawicy oskrzelowej, nie mówiąc już o typowych przypadkach zapalenia włóknikowego oskrzeli, należy badać nietylko plwocinę, ale i krew bakteryologicznie.

W razie stwierdzenia obecności gronkowca nie wahałbym się użyć surowicy.

Oceny i sprawozdania.

Projekt prawa o zdrowiu publicznem w Polsce. Wydawnictwo Warszawskiego Towarzystwa higienicznego. Warszawa 1917, stron 59, z przedmową Dr J. Polaka.

Rada Towarzystwa higienicznego warszawskiego uchwaliła w r. 1916 opracować projekt ustaw zdrowotnych polskich. Doniosły ten zamiar wykonano w ten sposób, że podzieliwszy treść projektu na 12 rozdziałów, każdy z nich oddano do opracowania osobnej komisyi na zasadzie przygotowanych referatów, z których po jednym przygotowali Dr Malinowski, pp. Duda, Koskowski i Dr Jaworski, dwa Dr Dąbrowski wspólnie z Dr Polakiem, wszystkie zaś inne Dr Polak. Z komisyi, opracowujących projekt, najliczniejszą była komisya, która, również na zasadzie referatu Dr Polaka, opracowała rozdział I: »Ustrój i władze zdrowia publicznego«; komisya ta składała się z delegatów: Towarzystwa lekarskiego, Stowarzyszenia lekarzy, Towarzystwa medycyny społecznej, Towarzystwa higienicznego, z udziałem wybitnych prawników; projekt tej komisyi rozpatrywano także na większych zebraniach Towarzystwa higienicznego i w Komitecie Zrzeszeń prawniczych; jednem słowem ten właśnie dział był widocznie najwięcej roztrząsany. Jestto ten sam dział, którego zasadami zajmowała się niedawno ankieta Wydziałów, Izb i Towarzystw lekarskich galicyjskich. Dział to fundamentalny; dobre rozwiązanie spraw, nim objętych, jest niesłychanie ważne, popełnione tu błędy zaciążyłyby bardzo, wypaczając sam początek samodzielnej pracy naszej na tem polu.

Rozbiór tego najważniejszego rozdziału wymagałby obszernej rozprawy. Tu ograniczyć się musimy tylko do wskazania różnic między zasadami projektu warszawskiego, a uchwałami ankiety galicyjskiej. I tak atrybucye i stanowisko naczelnej władzy sanitarnej ujmuje projekt warszawski ciaśniej, poddając ją ministerstwu spraw wewnętrznych, jak to było dotąd w Niemczech, w Austryi i t. d., natomiast ankieta galicyjska mówi o władzy znacznie samodzielniejszej, podobnej do odrębnego zupełnie ministerstwa. Również znacznie szerszy zakres działania wyznacza tej naczelnej władzy ankieta galicyjska, niż projekt warszawski, który w tym względzie nie wykracza niemal poza dotychczasowy szablon środkowoeuropejski. Ale najważniejszą różnicę stanowi to, że ankieta galicyjska zmierza do jednolitej organizacyi sanitarnej, natomiast projekt warszawski wprowadza bardzo wybitny dualizm, tworząc organa sanitarne samorządowe obok państwowych, tak dalece niezależne, że »lekarze sanitarni w wykonywaniu czynności powyższych« (t. j. swych zadań sanitarnych) »nie podlegają władzy państwowej, zależąc wyłącznie od władz samorządowych, które jedynie w całości swojej, jako zbiorowa jednostka prawna, podlegają nadzorowi sanitarnej władzy państwowej« (artykuł 44. rozdziału I. projektu). Dodawszy do tego, że lekarze ci (samorządowi) działać mają według instrukcyi, opracowanych przez swą władzę samorządową (art. 43), i że mają uczestniczyć w posiedzeniach tejże władzy samorządowej z głosem stanowczym (art. 45), stwierdza się, że w tym punkcie projekt warszawski niewiele się różni od projektu, pierwotnie opracowanego przez Dr Polaka (a niedawno ogłoszonego w »Zdrowiu«). Ten zaś pierwotny projekt Dr Polaka nasuwał wiele wątpliwości; doświadczenia praktyczne, zebrane w Galicyi przez lat czterdzieści, doprowadziły do odmiennych wniosków. — Ankieta galicyjska żąda wreszcie dla urzędów sanitarnych więcej samodzielności w stosunku do władz administracyjnych (politycznych), niż projekt warszawski, przyznaje urzędom sanitarnym większą egzekutywę i podaje w tym celu rozleglejsze środki.

Tytuły dalszych 11 rozdziałów objaśniają ich treść: 1) O zaopatrzeniu gmin w wodę, oraz o ochronie czystości powietrza, wody i gleby. 2) O zwalczaniu chorób zakaźnych (ten rozdział jest bardzo podobny do najnowszej ustawy niemieckiej i austryackiej). 3) O szczepieniu ospy ochronnej. 4) O urządzeniu cmentarzy, grzebaniu i regestracyi zmarłych i o krematoryach. 5) O zwalczaniu chorób wenerycznych. 6) O produktach spożywczych i przedmiotach użytku domowego. 7) O osobach zajmujących się praktyką leczniczą i pielęgniarstwem. 8) O aptekach i drogueryach. 9) O zakładach leczniczych. 10) O miejscowościach leczniczych (zdrojowiskach i uzdrowiskach). 11) Przepisy ogólne.

»Projekt prawa o zdrowiu publicznem w Polsce« obejmuje więc liczne i rozległe działy ustawodawstwa sanitarnego i jest dziełem bardzo poważnem. Opracowaniem tak poważnego projektu ustawodawczego mogą się twórcy jego tem bardziej pochlubić, że pracowali tak energicznie, iż nie dali się wyprzedzić żadnemu innemu projektowi. Miało to jednak i swoje strony ujemne. Naprzód tę, że nie zdążono widać ująć w jeden systematyczny całokształt wszystkich zadań ustawodawczych, toteż i projekt nie jest w istocie p e ł n e m, j e d n o l i t e m »p r a w e m o zdrowiu publicznem«, lecz raczej tylko z b i o r e m poszczególnych p r z e p i s ó w, n i e z u p e ł n y m, a nieraz kładącym w jednym rzędzie sprawy wagi rozmaitej. Pod tym względem ogólny kierunek i redakcya nie są bez zarzutu. Powtóre, ujemną stroną projektu jest brak zupełny objaśnień i motywów. Wreszcie, projekt nie jest wolny od pewnych niejasności i sprzeczności; w tym względzie mimo wszystko wydaje się on niezupełnie jeszcze wykończony.

Gdyby projekt był wcześniej drukiem ogłoszony, zanim przedstawiono go Zjazdowi higienicznemu i przez to nadano niejako sankcyę sprawie, to publiczna dyskusya nad projektem nie byłaby bez pożytku.

Polszczyzna »Projektu prawa« nie jest zadowalniająca*); redagując projekt ustawy dla Polski, godziło się przecie temu zapobiedz. C.

Medycyna społeczna. Prace Polskiego Towarzystwa medycyny społecznej. Tom I, rok 1916. Wydany z zapomogi Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1917, stron 171.

Wydany właśnie pierwszy tom »Medycyny społecznej« jest właściwie sprawozdaniem z działalności Towarzystwa medycyny społecznej, zawierającem dosłowne brzmienie 10 memoryałów, które Towarzystwo przesłało do Rady Stanu, Rady miejskiej i Magistratu m. Warszawy, jakoteż następujących 9 opracowań. 1) Chodźko: Sprawy sanitarne w budżecie m. Warszawy na rok 1916. 2) Kramsztyk Zygmunt: Upaństwowienie lekarzy. 3) Radziwiłłowicz: Potrzeby psychiatryczne Warszawy. 4) Stankiewicz: W sprawie dostarczania surowicy przeciwbłoniczej ubogiej ludności Warszawy. 5) Tarczyński: Badanie środków spożywczych u nas i zagranicą. 6) Sterling Seweryn: Plan organizacyi medycyny publicznej. 7) Szmurło: W sprawie reorganizacyi ambulatoryów. 8) Szokalski: Sprawa pomocy ambulatoryjnej ubogiej ludności. 9) Wernic: Zarys walki z chorobami wenerycznemi i nierządem w czasach ubiegłych i dzisiaj. Na tych opracowaniach opiera się kilka z wniesionych memoryałów; inne dotyczą opieki nad dziećmi i młodzieżą, sprawy mieszkań i złączenia urzędu szpitalnego z sanitarnym w jeden urząd zdrowia publicznego. Większość memoryałów odnosi się tylko do Warszawy, kilka jednak dotyczy spraw, ważnych dla całego kraju. Z opracowań podaje referat Dr Chodźki dokładny obraz działalności sanitarnej w Warszawie w r. 1916, oświetlając go krytycznie; bardzo cenny materyał stanowią załączniki, zawierające zestawienia rachunkowe i niektóre rozporządzenia. Bardzo ciekawy jest pomysł »upaństwowienia« lekarzy, rozwinięty przez Dr Kramsztyka. Dr Radziwiłłowicz określa postulaty, któreby należało wypełnić w Warszawie w zakresie opieki nad umysłowo chorymi; należy tu wydanie tymczasowych przepisów prawnych, lustracya zakładów miejskich i usunięcie ich braków, zorgani-

*) Jeden przykład: »Nieotrzymanie wszakże awizacyi nie może służyć powodem do uniewinnienia w wypadkach pogwałcenia art. 131 niniejszych przepisów« (str. 26).

zowanie podstaw opieki rodzinnej i domowej, szkoła pielęgnowania chorych, stworzenie kilku zakładów specyalnych o ogólnej liczbie 2100 łóżek. Dr R. Stankiewicz uzasadnia konieczność bezpłatnego wydawania surowicy przeciwbłoniczej ubogim i oblicza koszta, Dr Szmurło i Szokalski rozpatrują sprawę ambulatoryów dla ubogich. Zasadnicze znaczenie ma referat Dr S. Sterlinga z krytycznemi uwagami o projekcie Dr J. Polaka (i to szczególnie o tych jego punktach, które z niewielką zmianą weszły do »Projektu prawa o zdrowiu publicznem«, omówionego powyżej). W pracy Dr Wernica część historyczna wydaje się dodatkiem niekoniecznym; program praktyczny odpowiada postulatom, podnoszonym dziś w całej Europie. r.

Dr Adolf Klęsk: **Chirurgia nerwów obwodowych.** Kraków. Stron 109. Nakładem autora.

Bogate obecnie doświadczenie chirurgów dozwala na tworzenie monografii schorzeń pojedynczych narządów, opartych na setkach przypadków. Do tego rzędu należy też »Chirurgia nerwów obwodowych« Dr Klęska. Autor opierając się na swym materyale z głównego szpitala rezerwowego c. k. szkoły inwalidów w Krakowie (504 przypadki uszkodzeń nerwów obwodowych) omawia po wstępie historycznym w części ogólnej objawy i wskazania do operacyi na nerwach, poczem w części szczegółowej rozpatruje uszkodzenia poszczególnych nerwów, jakoteż najnowszą technikę operacyi nerwów obwodowych. Zakończenie stanowi statystyka, jakoteż wyniki operacyjne. Wobec licznych obecnie podobnych uszkodzeń, monografia Dr Klęska jest pracą na czasie. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Ogólne zebranie 28 lutego 1914.

Obecnych członków 16, gości 2.

1) Przed porządkiem dziennym kol. Kellerworm przedstawia dwoje dzieci, pierwsze pięcioletnie **z obrzękiem śluzowatym**, drugie 7-letnie z **mongołowatością.**

2) Kol. Raszkes pokazuje **rentgenogram** klatki piersiowej z przypadku **położenia serca po prawej stronie**.

3) Przewodniczącym Zebrania wybrany został kol. H. Fidler, który odczytuje nadesłaną w ciągu bieżącego miesiąca korespondencyę, mianowicie list ze Lwowa z propozycyą, by odwołać II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w czerwcu b. r. w Lublinie ze względu na Zjazd internistów i higienistów we Lwowie w lipcu b. r.

W dyskusyi kol. Pełczyński zaznacza, że konieczne jest utrzymanie obydwóch Zjazdów, jak lubelskiego, tak zarówno i lwowskich, ponieważ absolutnie sobie przeszkadzać nie będą; zresztą ciekawsze odczyty mogą być z pożytkiem dla nauki polskiej wygłoszone na obydwóch Zjazdach. Z drugiej zaś strony trzeba pamiętać, że otrzymanie pozwolenia na Zjazdy wogóle w naszych stosunkach nie należy do łatwych, a można go przy różnych zmianach i wcale nie otrzymać. Zdanie kol. P. podzielają obecni na zebraniu i postanawiają w tym sensie odpowiedzieć interesowanym.

4) Kol. Neumann Radower został jednogłośnie wybrany członkiem rzeczywistym Towarzystwa.

5) Kol. Kellerworm wygłasza wykład: **Przypadek śluzoobrzęku czyli kretynizmu sporadycznego, oraz przypadek mongołowatości.**

Dnia 28. II przedstawiłem na posiedzeniu Towarzystwa 2 przypadki: jeden z rozpoznaniem śluzoobrzęku dziedzicznego, drugi mongołowatości. Pierwszy przypadek dotyczy pięcioletniej dziewczynki, która pochodzi ze zdrowych rodziców i jest pierwszem i jedynem ich dzieckiem. Dziecko bardzo małego wzrostu — 85 ctm., (prawidłowo według Quetela wzrost wynosić powinien 101 ctm.). Głowa wielkości prawidłowej, duże ciemiączko nie zarośnięte; twarz lekko nabrzmiała w okolicy oczów, wyraz głupkowaty, szpary oczu wązkie, oczy nieco skośne, wyraźna zmarszczka nakątna (epicantus), przestrzeń międzyoczna szeroka, cera blada, nos siodełkowaty, szeroki, nozdrza rozszerzone, usta szerokie, język duży, przerosły, często trzymany na zewnątrz, owłosienie głowy dobre, zęby małe, wszystkie spróchniałe. Skóra sucha, ciastowata, miejscami obrzmiała, przy nacisku nie wytwarza się zagłębienie. Ciepłota 36·8°, tętno 90, słabo napełnione. Ogólne odżywienie mierne. W płucach zmian niema, tony serca głuche i przyspieszone, brzuch wzdęty, przepuklina pępkowa wielkości orzecha włoskiego. Dziecko cierpi na uporczywe zaparcie stolca. Samo bez pomocy nie może stać, ani chodzić. Nasady kości długich na kończynach zgrubiałe, jak przy krzywicy, stawy biodrowe bardzo giętkie, tak że można bez trudu przegiąć stopy aż do głowy, odruchy kolanowe i Achillesowe wzmożone, objaw Babińskiego ujemny. Dziecko oddaje mocz pod siebie; mowa nie rozwinięta, słuch dobry, lubi słuchać śpiewu i samo śpiewa. Na zasadzie tego zespołu objawów rozpoznaję »myxoedema infantum seu cretinismus sporadicus«, wykluczając zwyczajny ciężki idyotyzm, krzywicę, karłowatość i mongołowatość. Te wszystkie choroby omówiłem i oświetliłem na posiedzeniu z punktu widzenia klinicznego i anatomo-patologicznego. Oświetliłem pochodzenie śluzoobrzęku jako skutek hypofunkcyi, t. j. upośledzonej czynności gruczołu tarczowego. Dalej omówiłem, jakie wogóle są skutki braku gruczołów tarczowych dla ustroju; należy tu znaczne upośledzenie życia duchowego, zmniejszenie przemiany materyi, różnego rodzaju troficzne uszkodzenia skóry, kości i wybitna niedokrwistość z charakterystyczną mononukleozą. Omówiłem również leczenie tego cierpienia. Leczenie polega na podawaniu tyreoidyny w tabletkach lub tyreoid-elixiru małym dzieciom.

Drugi przypadek dotyczy siedmioletniej dziewczynki. Odżywienie dobre, usposobienie bardzo wesołe, dziecko wciąż uśmiechnięte; twarz głupkowata, przestrzeń międzyoczna szeroka; wyraźny zez rozbieżny, zmarszczka nakątna (epicantus); usta szerokie. Dziecko chodzi samo dopiero od 2 lat, mówi bardzo niewyraźnie, słuch ma dobry, muzykalny, lubi śpiewać; odruchy ścięgnowe prawidłowe, wybitna giętkość stawów; wzrost 109 ctm, prawie odpowiada prawidłowemu. Tutaj rozpoznaję mongołowatość na podstawie wyrazu twarzy. W leczeniu tej postaci chorobowej odgrywa również poważną rolę wyciąg z gruczołu tarczowego, lecz nie daje tak wybitnych wyników, jak przy śluzoobrzęku (streszczenie prelegenta).

W dyskusyi a) kol. Cung zaznacza, że mamy tu czysty przypadek krzywicy w połączeniu z głupowatością (imbecillitas) i nic dziwnego, że tyreoidyna wcale tutaj nie pomogła. Brak ciastowatości, głuchoniemoty, wskazują, że to nie jest przypadek śluzoobrzęku lub kretynizmu. — b) Kol. Kelles-Krauz podnosi, że dzieci, dotknięte obrzękiem śluzowatym, nie koniecznie muszą być głuchonieme. — c) Kol. Pieszkow również zaznacza, że dzieci takie zwykle są tępe, ale nigdy głuchonieme. — d) Kol. Fidler uznaje wraz zkol. prelegentem przypadek ten za przypadek kretynizmu sporadycznego.

6) Kol. Cung wygłasza odczyt: **Położenie chorego jako czynnik rozpoznawczy i leczniczy.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi nad odczytem brali udział kol. Pełczyński, Kelles-Krauz, Kołodner, Raszkes, Marx, Kossak i Fidler.

Nadzwyczajne Ogólne Zebranie 15 marca 1914.

Obecnych członków 22, gości 3.

1) Kol. Prezes Towarzystwa wita kolegów-gości z Warszawy Klejna i Skłodowskiego i z Radomia A. Mulierównę, poczem proponuje na przewodniczącego Zebrania kol. Skłodowskiego, co zebrani przyjmują przez aklamacyę.

2) Kol. Klejn przedstawia dwoje chorych, mianowicie mężczyznę ze znacznem obrzmieniem śledziony oraz powiększeniem migdałków oraz kobietę z powiększeniem śledziony po porażeniu połowiczem, które przeszła przed kilku laty, z odczynem Wassermanna ujemnym; kilka poronień, wybitnej niedokrwistości niema, żadnych krwotoków ani z kiszki stolcowej, ani z żołądka nie było.

3) Kol. Stanisław Klejn wygłasza odczyt: **O białaczce prawdziwej i wrzekomej.**

Nazwa »białaczka« jest anachronizmem i nie powinna być używana. Tak samo nic nie usprawiedliwia nazwy białaczki wrzekomej, zamiast której można zawsze podać dokładne rozpoznanie anatomiczne lub etyologiczne. Tak samo nie powinno się mówić o białaczce śledzionowej, gruczołowej, szpikowej, gdyż zmiany w tych narządach są niestałe. (Demonstracya przypadku). Stałe są zmiany mikroskopowe w tem cierpieniu, które zajmują nietylko narządy krwiotwórcze, ale cały układ naczyń chłonnych, a nawet tkanki łącznej. Mamy poza tem cierpienie jednego całego systemu (Systemkrankheit). Zmiany mogą być dwojakiego rodzaju: »lymphadenosis« — bujanie limfocytów i »myelosis« — bujanie komórek szpiku, młodych bezziarnistych i co-

kolwiek starszych ziarnistych — myelocytów. Zmiany te mogą występować w postaci hyperplastycznej (najczęściej), albo też w postaci agresywnej mięsakowatej (sarcoid).

W tej drugiej postaci zmiany w limfadenozie dają często obraz cierpień, które dotychczas nazywaliśmy mięsakiem limfatycznym (lymphosarcoma), a który należy do grupy limfadenozy. Co do przebiegu klinicznego bywają w obu postaciach przypadki przebiegające ostro, ostrawo lub przewlekle.

Wytwory chorobowe mogą przedstawiać się dwojako: twory bezbarwne (najczęściej) lub barwy zielonej (chloroma), ta druga postać ma najczęściej charakter agresywny. Pod względem hematologicznym rozróżniamy przypadki, przebiegające ze znacznem zwiększeniem limfocytów (lymphoadenosis et myelosis leucaemica), z małem zwiększeniem (subleucaemica) i bez zwiększenia liczby leukocytów (aleucaemica). We wszystkich przypadkach przeważają najczęściej leukocyty niedojrzałe, które w przypadkach ostrych prawie wyłącznie występują. Pod tym względem rozróżniamy postacie, przebiegające z przewagą komórek macierzystych, a więc myeloza z myeloblastami i limfadenoza z dużymi limfocytami. Klejn spostrzegał jeszcze jedną nową, nieznaną postać myelozy białaczkowej z przewagą komórek jeszcze mniej dojrzałych, niż myeloblasty. Komórki te (myelogonie) są macierzą wszystkich komórek szpiku, białaczka z takiemi komórkami będzie białaczką myelogoniczną. Przebiega ona nadzwyczaj ostro i rzadko się zdarza.

Przypadki przewlekłe myelozy i limfadenozy przebiegają z dużą liczbą komórek bardziej dojrzałych: w myelozie myelocytów i wielojądrzastych komórek, a w limfadenozie limfocytów małych.

Istnieje jeszcze jedna postać chorobowa, należąca do tej grupy, a mianowicie t. zw. granulomatosis, w której zmiany główne dotyczą podłoża łącznotkankowego narządów krwiotwórczych i wogóle wszelkich narządów, natomiast poprzednio wymienione postacie zajmują głównie miąższ. W granulomatozie mamy bujanie komórek tkanki łącznej o charakterze zapalnym, rozwija się typowa tkanka ziarninowa (granulacyjna).

Obie postacie: śródmiąższowa i miąższowa mogą się kombinować i dawać wszelkie typy wyżej wymienione w zależności od przebiegu, charakteru anatomicznego zmian, składu i t. d. W każdym razie granulomatoza znacznie się wyodrębnia z grupy limfadenozy i myelozy, jest to choroba bardzo często pochodzenia zakaźnego.

Klejn podaje charakterystyczne cechy tego cierpienia oraz opisuje obraz kliniczny t. zw. chloroma następnie poświęca kilka słów t. zw. chorobie Bantiego i niedokrwistości śledzionowej (anaemia splenica) (z demonstracyą przypadku), którą uważa za pierwszy okres, w której marskość wątroby może wcale nie wystąpić. Wreszcie wskazuje na przypadki limfadenozy i myelozy białaczkowej, w których przebiegu nietylko liczba leukocytów może chwilowo być prawidłowa, ale i stosunek procentowy rozmaitych postaci leukocytów niczem nie różni się od stanu prawidłowego. Fakt ten wskazuje, że »białaczka« jest tylko objawem i to często niestałym choroby, który powinniśmy zawsze nazywać myelozą lub limfadenozą (przemianą szpikową lub limfatyczną).

Co się tyczy t. zw. białaczki rzekomej, to Klejn nie zna ani jednego przypadku, w którymby rozpoznanie takie należało postawić. W tych zaś przypadkach, w których stanowczego rozpoznania podać nie możemy (najczęściej bywa to przy rozróżnianiu granulomatozy gruczołów od gruźlicy), należy, o ile nie zbadamy wyłuszczonego gruczołu, powiedzieć, że nie wiemy, z czem mamy do czynienia, zamiast podawać rozpoznanie nic nie mówiące białaczki wrzekomej. Na tej samej zasadzie obecnie nie rozpoznajemy jako odrębnej choroby żółtaczki, białkomoczu i t. d., a nawet kamienia żółciowego, zapalenia nerek, miedniczek, pęcherza i t. d. (Streszczenie prelegenta).

W dyskusyi brali udział koledzy: Przychodzki, Kelles-Krauz, Fidler, Szczepaniak i inni.

Kol. prezes dziękuje kol. Skłodowskiemu za przewodniczenie zebraniu oraz kol. Klejnowi za zajmujący i wspaniale opracowany odczyt.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redakcyą »Przeglądu lekarskiego« kieruje na czas rekonwalescencyi redaktora głównego prof. Dr K. W. Majewski (ul. Dunajewskiego 6).

— Miejska Kasa oszczędności upamiętnia pięćdziesiątą rocznicę swego istnienia wspaniałym darem dla miasta Krakowa, mianowicie zakupuje za 600.000 koron las na Woli Justowskiej i Bielanach w obszarze 540 morgów i przeznacza go na wieczne czasy na cele parku ludowego. Znaczenie higieniczne tego daru nie wymaga tu objaśnienia. Niewiele miast w Europie rozporządza tak znaczną przestrzenią przepięknego lasu w doskonałem położeniu na wzgórzach i tak podatnym terenem dla wszelkich kolonii, półkolonii, stacyi i szkół leśnych, sanatoryów oraz dla stworzenia »miasta-ogrodu«.

— Nowe miejskie Zakłady sanitarne na Prądniku białym zostały ukończone kosztem 1,900.000 koron. Obok zakładu dezynfekcyjnego z pralnią, prasowalnią i cerowalnią, znajduje się tam obszerne, wzorowo urządzone laboratoryum bakteryologiczne, hala maszyn wraz z kuchnią, spiżarnią, piwnicą i t. d. Poza tem zakłady obejmują sanatoryum dla chorych na płonicę na 44 łóżek, oraz sanatoryum gruźlicze na 86 łóżek, składające się z baraków dekerowskich z centralnem ogrzewaniem, kanalizacyą, doprowadzeniem wody i gazu, z sali jadalnej wraz pokojami do pracy, wreszcie z dwu szerokich werand. W skład zakładów wchodzi jeszcze jeden barak dekerowski na 42 łóżka, który będzie służyć za zapasowy szpital epidemiczny i dwa małe baraki po 16 łóżek, przeniesione z ulicy Krakowskiej. Dla służby przeznaczone są dwa budynki z 2 mieszkaniami, składającemi się z 2 pokojów, kuchni, przedpokoju i łazienki. Mieszkań jednopokojowych jest 16. Zakonnice, pełniące służbę w zakładach, znajdą pomieszczenie w środkowem skrzydle t. zw. domu izolacyjnego, którego boczne skrzydła zawierać będą pokoje dla podejrzanych o zarażenie się chorobą zakaźną i kąpiele dla osób, które miały styczność z chorymi. Cały 13-morgowy teren zamieniono na ogród owocowowarzywny i dostosowano do potrzeb sanatoryum gruźliczego. Przyjmowani będą chorzy z otwartą formą gruźlicy, ale posiadający jeszcze pewną zdolność do pracy. Pod opieką lekarza i według wskazówek fachowego ogrodnika będą się zajmować ogrodnictwem. Będzie to zatem najnowszy typ kolonii robotniczej dla gruźliczych z otwartą formą choroby.

Miasto otrzymało w ten sposób obok instytutów, niezbędnych do racyonalnego zwalczania chorób zakaźnych, ostrych, a oddawna koniecznych, — także pierwszą lecznicę dla stałego pomieszczenia chorych na gruźlicę.

Uzyskanie wielkiej nowoczesnej instytucyi sanitarnej miejskiej jest zasługą naczelnego lekarza miasta, doc. Dr Tomasza Janiszewskiego, który od szeregu lat nie szczędził zabiegów w tym względzie i który też kierował opracowaniem planów, jak również czuwał nad całą budową, przeprowadzoną wśród trudnych warunków przez st. insp. budownictwa miejskiego, arch. Z. Nowickiego. Doc. Dr Janiszewski zapisał się tem dziełem trwale w rocznikach miasta i w rozwoju instytucyi sanitarnych w naszym kraju.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 29. Kraków, 21. lipca 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^{1}/_{2}$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 21. lipca 1917. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O leczeniu zapalenia płuc zapomocą optochiny

napisał

Dr Zygmunt Dziembowski, junior (Poznań).

W ostatnim czasie powstała w piśmiennictwie ożywiona polemika na temat stosowania optochiny przy zachorzeniach, wywołanych przez dwoinki zapalenia płuc. Zdania autorów są pod tym względem podzielone; kiedy jedni z nich zalecają środek ten wobec niezaprzeczonego jego działania swoistego na owe drobnoustroje, to inni uważają go za zbyt niebezpieczny, żeby można go używać ogólnie w każdym przypadku, a w końcu są i tacy autorzy, którzy wyrażają wogóle wątpliwości co do rzekomo przecenionej skuteczności optochiny. Nie można więc bynajmniej uważać sprawy tej za rozwiązaną i pożądane są dalsze doświadczenia kliniczne dla ostatecznej oceny działania optochiny w leczeniu zachorzeń, wywołanych przez pneumokoki, a więc przedewszystkiem zapalenia płuc.

Od samego początku, odkąd środek ten polecono, aż do dzisiejszego dnia stosowałem optochinę w przeszło stu przypadkach zapalenia płuc i na mocy doświadczeń, przy tem zebranych, utworzyć sobie mogłem pewne zdanie w tym względzie i dla tego też zabieram głos w tej sprawie.

Jak wiemy, optochina w wysokim stopniu działa bakteryobójczo na pneumokoki »in vitro«, co liczne doświadczenia dowodzą bezsprzecznie. Chodziłoby tylko o to, czy skuteczność jej w ustroju nie traci na wartości. Bezwarunkowo przemawia przeciw temu dodatni wynik spostrzeżeń Morgenrotha, który stosował środek ten w posocznicy myszy, wywołanej przez dwoinki zapalenia płuc. Posocznica tego rodzaju wiedzie, jak wiadomo, zawsze do śmierci owych zwierząt. Tymczasem optochina, podawana w tych doświadczeniach, działała tak korzystnie, że po jej stosowaniu śmiertelność myszy, chorych na posocznicę, wynosiła zaledwie kilka procent. Wobec tych doświadczeń Morgenrotha zaczęto u ludzi także leczyć zapalenie płuc optochiną. Nie mam zamiaru rozpisywać się dłużej o wynikach, osiągniętych przez poszczególnych autorów i zaznaczam tylko, że w każdym razie znacznie większa ich część wyraża się dodatnio, uważając optochinę za środek swoisty. Wobec tego oraz na podstawie dobrych skutków, które spostrzegałem sam, lecząc za pomocą tego środka przeszło sto przypadków zapalenia płuc, bezwarunkowo przyłączyć się mogę do tego zapatrywania. Przytem następujące doniosłe argumenta dowodzą, że optochinę oczywiście uważać należy za środek swoisty. Optochina bowiem oprócz tego, że skraca znacznie chorobę, lokalizuje ognisko choroby, której przebieg przytem bywa znacznie lżejszy. Dalej chroni ona od powikłań, wywołanych przez rozmnażanie się pneumokoków w ustroju i przez ujemne ich działanie na serce, obieg krwi, ośrodki mózgowe i inne ważne narządy. We wszystkich przypadkach, leczonych za pomocą optochiny z dobrym wynikiem, przebieg choroby bywa znacznie krótszy. Najczęściej ciepłota wkrótce po pierwszych kilku dawkach poczyna stopniowo opadać, a w niektórych razach zachodzi nawet przedwczesny przełom. W tych właśnie przypadkach nietylko ustępuje gorączka, ale i wszelkie inne objawy choroby mijają nagle i bezpowrotnie. Rzekomego przełomu (pseudokrisis) nie napotkałem nigdy i nie zgadzam się zgoła na twierdzenie autorów, którzy nawroty gorączki w takich przypadkach uważają za fakt znamienny dla działania optochiny. Mayer, który pod egidą Morgenrotha badał w ostatnim czasie bardzo szczegółowo działalność optochiny, utrzymuje, że gorączka ustępuje stopniowo (per lysin) wtedy, gdy optochinę zastosujemy we wczesnym okresie choroby; skoro zaś podamy środek ten dopiero później, wywołujemy przedwczesny przełom. Dzieje się to z następujących powodów. We wczesnym okresie choroby optochina działać może nietylko na dwoinki, krążące w ustroju, lecz także na dwoinki, znajdujące się w ognisku chorobowem. Później zaś dwoinki, zasklepione w ognisku chorobowem, nie są już dostępne dla środka i dlatego optochina ułatwia tylko ustrojowi przez zwalczanie ogólnej posocznicy wywołanie przełomu.

Optochina ogranicza także bezwątpienia ognisko choroby; przemawia za tem fakt, że nie zdarza się prawie nigdy, żeby zapalenie przy stosowaniu tego środka przerzuciło się z jednego płatu na drugi. Przytem zaznaczyć również trzeba, że przy zapaleniu płuc odoskrzelowem sprawa natychmiast przestaje się rozpościerać, i że w ciężkich przypadkach zapalenia oskrzeli zapobiedz można przez stosowanie optochiny wytworzeniu się zapalenia płuc odoskrzelowego. Na ten fakt, który wielokrotnie spostrzegałem, chciałbym zwrócić szczególnie uwagę; jest on nader doniosły, a przytem mało bardzo dotychczas przez autorów uwzględniony.

Szczególnie także podnieść pragnąłbym, że groźnych powikłań, które w ciężkich przypadkach powodują niekorzystny wynik choroby mimo wszelkich zabiegów lekarza, obawiać się nie potrzebujemy, jeżeli zastosujemy optochinę. Mam tu na myśli zapalenie osierdzia i opon mózgowych, wywołane przez dwoinki zapalenia płuc, oraz ropne zapalenie opłucnej. Znamiennem jest, że przez cały czas, odkąd stosuję optochinę, tylko raz jeden spostrzegałem mały wysięk ropny w opłucnej, który nawet tylko przez nakłucie wyleczyłem w przeciągu trzech tygodni. Innych powikłań nie napotkałem wcale.

We wszystkich przypadkach, leczonych za pomocą optochiny uderza lekki przebieg choroby. Optochina działa przytem zawsze nader korzystnie na przytomność, a wiemy przecież w jak znacznej mierze przebieg choroby od tego bywa zależny. W ostatnim czasie nadarzyła mi się sposobność leczenia przypadku zapalenia górnego płatu prawego płuca z bredzeniem (delirium). Wynik stosowania optochiny był tu nader korzystny, gdyż objawy zapalenia płuc i bredzenie ustępowały w równej mierze tak, że po 3 dniach ciepłota była prawidłowa, a przytomność zupełnie powróciła.

Dalej podnieść należy nader dodatnie działanie optochiny na narządy krążenia. Niezaprzeczenie o wiele rzadziej jesteśmy zmuszeni stosować naparstnicę, kamforę, kofeinę i inne środki podniecające sprawność tych narządów, jeżeli wcześnie podamy optochinę. Zwłaszcza u chorych starszych i u chorych, którzy już poprzednio mieli wady serca, a którzy wskutek tego zawsze przy zapaleniu płuc znajdują się w niebezpieczeństwie, miałem sposobność o tem się przekonać. To też twierdzę, że przez podawanie optochiny rokowanie staje się w tych właśnie przypadkach o wiele korzystniejsze. Chciałbym zaznaczyć, że twierdzenie niektórych autorów, jakoby kamfora, stosowana równocześnie z optochiną osłabiała działanie optochiny, nie zgadza się z mojemi doświadczeniami. Srodki te, według mego zdania, stosować można równocześnie bez obawy, żeby miała ucierpieć skuteczność jednego lub drugiego środka. Także i inni autorzy są tego zdania, co ja, a Meyer zaleca nawet wprost stosowanie optochiny w rozczynie z alkoholu i ol. camphorat. forte.

Widzimy zatem, że skutki leczenia optochiną są bardzo

dodatnie. Chcąc je atoli osiągnąć, musimy środek ten stosować jaknajwcześniej. Im rychlej bowiem środek ten podamy, tem dodatniejszy będzie wynik leczenia. Mogłem się o tem sam najlepiej przekonać, gdyż nadarzyła mi się sposobność stosowania optochiny natychmiast, gdy się u chorych pojawiły pierwsze objawy zapalenia płuc. Były to przypadki zapalenia płuc, które powstały po długotrwałych narkozach w ciągu znaczniejszych operacyi w jamie brzusznej. W tych przypadkach wynik leczenia był wprost świetny, objawy bowiem kliniczne choroby ustępowały natychmiast po pierwszych dawkach zupełnie, pomimo, że ognisko choroby w płucach stwierdzić było można jeszcze przez dni kilka. Wogóle jest rzeczą dość znamienną, że nieomal zawsze pomimo zupełnego ustąpienia objawów klinicznych, sprawa chorobowa z punktu widzenia patologicznoanatomicznego trwa dalej jeszcze przez dni kilka i tu ognisko choroby przez ten czas stwierdzić można. Optochina nie działa bowiem na ognisko choroby, jako takie, tylko na pneumokoki, które zabija lub osłabia, usuwając w ten sposób objawy kliniczne.

Pewna część autorów odmawia optochinie dlatego większego znaczenia w leczeniu zapalenia płuc, że środek ten działać może tylko w przypadkach, wywołanych przez dwoinki Fränklowskie, a przecież w niemałej liczbie przypadków nie one, ale właśnie inne drobnoustroje, jak n. p. paciorkowce są powodem choroby. Mojem zdaniem, dwoinki Fränklowskie z małymi wyjątkami są powodom zapalenia płuc, a nawet i w tych przypadkach, w których inne drobnoustroje w znaczniejszych ilościach w drogach oddechowych znajdujemy, dwoinki zapalenia płuc zawsze odgrywają przytem rolę. Przy zapaleniach płuc, które wystąpiły jako powikłanie zakażeń septycznych lub chorób zakaźnych, optochina działa nieomal zawsze dodatnio. To doświadczenie przemawia również za mojem, powyżej wyrażonem zdaniem. A przytem zaznaczyć muszę wyraźnie, że optochina bynajmniej nie jest środkiem przeciwgorączkowym, o czem przekonałem się z wszelką pewnością.

Niestety ukazało się w ostatnim czasie wiele prac, których autorzy opisują uboczne, niepożądane skutki optochiny. Niema wątpliwości, że optochina może działać szkodliwie na słuch i wzrok, i to czasem nawet bardzo znacznie. W ciężkich przypadkach zatrucia optochiną środek ten wywołać może głuchotę i ślepotę, która już nie mija zupełnie, w lżejszych zaś pojawić się mogą zaburzenia przejściowe. Atoli sprawa nie ma się tak groźnie, jak to w piśmiennictwie podawano wielokrotnie, szczególnej jeżeli się zachowa dostateczne środki ostrożności. Ja sam, podając optochinę w małych dawkach w bardzo wielu przypadkach, spostrzegałem tylko dwa razy zaburzenia tego rodzaju. I tak jeden z mych chorych skarżył się na szum w uszach przez dni kilka, drugi zaś jednem uchem przez dni kilka słyszał gorzej, aniżeli drugiem. Wynika stąd, że sprawa niema się tak groźnie, jak to inni autorzy przedstawiają. Naturalnie trzeba środek stosować ostrożnie. Ja sam podaję chlorek optochiny (optochin. muriat.) 4 razy dziennie po 0·25. Optochinę zasadową lub też salicylan optochiny uważać wprawdzie należy za środki jeszcze mniej niebezpieczne, atoli skuteczność tych przetworów nie jest tak wyraźną. W ostatnich przypadkach, które leczyłem, stosowałem nowy przetwór: garbnikan (optochin. tannic.). Skutki leczenia atoli były nieco mniej dodatnie, jak po stosowaniu chlorku optochiny; podnieść należy, że ów nowy przetwór niema nieprzyjemnego gorzkiego smaku. Podaje się 4 razy dziennie po 0·75 (optochin. tannic.), gdyż przetwór ten zawiera tylko 30% optochiny. Dawki optochiny zawsze rozdzielić trzeba na całą dobę, najlepiej więc podać 3 dawki w ciągu dnia, a jedną w nocy. Należy przytem przepisać dyetę mleczną bez soli. Oprócz tego zalecam podawać optochinę tylko przez dwa do trzech dni. Jeżeli w tym czasie polepszenie nie nastąpi, to nie można się go już więcej spodziewać, gdyż wtedy nie dwoinki zapalenia płuc, ale inne drobnoustroje muszą być powodem choroby. Jeżeli zaś optochina okaże się skuteczną, to też w tym czasie wywrze skutek zupełny. Przy takich środkach ostrożności niebezpieczeństwo zatrucia jest tylko minimalne.

Z tych wszystkich powodów zalecam zatem gorąco stosowanie optochiny przy zapaleniu płuc. Jest ona, mojem zdaniem, bezwarunkowo środkiem swoistym, to też wynik leczenia jest nader dodatni. Zdarzyć się mogą bezwątpienia przy stosowaniu tego środka zatrucia, atoli niebezpieczeństwo ich jest niewielkie, jeżeli zachowamy środki ostrożności, a wobec dodatnich skutków, zwłaszcza w ciężkich przypadkach, nie mogą one stanowić przeciwwskazania.

Ze szpitala rezerwowego »Galicyjskiego Czerwonego Krzyża« we Lwowie (Pawilon II).

O protezach kosmetycznych.

Napisał

Fr. Chomicki.

(Wedle pokazu na naukowem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w maju 1916).

Najobojętniejsze dla zdrowia fizycznego oszpecenie twarzy staje się ciężkiem kalectwem, gdy zmusza oszpeconego do zmiany zawodu, lub gdy mu utrudnia wyszukanie pracy. Wielu bowiem z przyczyny swego oszpecenia budzi wstręt w otoczeniu i wysuniętych zostaje poza nawias życia społecznego.

Ilość tych nieszczęśliwych obecnie wzrasta, gdyż do zwykłej liczby oszpeconych przez tocznia, kiłę i inne sprawy wrzodziejące przybywają okaleczeni przez postrzały.

Nie można przeto pomijać bez wypróbowania żadnych propozycyi, zmierzających do usunięcia zeszpecenia, zwłaszcza gdy obiecują dobry wynik kosmetyczny bez narażenia oszpeconego na nowe cierpienia i nowe blizny i gdy nie wymagają od lekarza szczególnej wprawy w operacyach wytwórczych.

Warunkom tym odpowiadają w znacznej mierze protezy kosmetyczne z masy, której głównymi składnikami są: żelatyna, gliceryna, woda i barwiki.

Historya tych protez jest krótka. W roku 1902 oglądał prof. Lang sztuczny nos w Kopenhadze i zachęcił Dr Henninga w Wiedniu do dalszej pracy w tym kierunku. Ten doskonale ponoś potem protezy wyrabiał, nie zdradzał jednak tajemnicy materyału. Technikę Henninga opisał później prof. Zinsser, — niezależnie zaś od niego pracowali w tym kierunku prym. Jugmann, Dr Fritsche, Dr Kohler, oraz Dr Spitzer. Metoda Spitzera, zbliżona bardzo do sposobu Henninga, jest najprostsza i do naśladowania najłatwiejsza.

Żelatynowe protezy kosmetyczne odlewa się w formach gipsowych. By otrzymać formę, trzeba przedewszystkiem zrobić zdjęcie ujemne (negatyw) z twarzy chorego. W tym celu po dokładnem opatrzeniu watą nozdrzy i zewnętrznego przewodu ucha i powleczeniu skóry waseliną ogranicza się okolicę, której odlewu potrzebujemy, kółkiem z waty lub skręconym ręcznikiem. Do środka tego kółka nalewamy gipsu alabastrowego, rozrobionego w letniej, zwykle zabarwionej wodzie. Po paru minutach, gdy gips stężeje, zdejmuje się go, natłuszcza i robi odlew.

Na otrzymanej w ten sposób masce (pozytywie) uzupełniamy brakujące części, modelując je z wosku dentystycznego (Spitzer, Zinsser), lub też z plasteliny rzeźbiarskiej, znacznie łatwiejszej do ugniatania. Z tak skompletowanej całości, ostrożnie natłuszczonej, robi się znowu negatyw. Po usunięciu domodelowanych części z maski, oczyszczeniu benzyną i ewentualnie wywierceniu w niej lejkowatego otworu do nalewania masy (Spitzer), otrzymujemy gotową formę.

Przepisów na masę protetyczną jest kilka. Po wypróbowaniu wszystkich wyrabiam dziś masę w sposób następujący: Do gotujących się na łaźni wodnej 60 gr. wody, dodaję 10 gr. białej żelatyny, a po jej rozpuszczeniu 15 gr. gliceryny, oraz, w gorące dnie letnie 3 gr. dekstryny, rozpuszczonej w 10 gr. wody. Rozczyn ten zmatowiam, dodając około 6 cm^3 zawiesiny 1 gr. bieli kremskiej w 20 gr. wody, z dodatkiem 3 kropli gumy arabskiej i zabarwiam 5—10 cm rozczynu zwyczajnej czerwonej żelatyny w wodzie, w stosunku ciężarowym 1:20. Robiąc protezy dla osób o cerze ciemnej, dodaję jeszcze parę kropel zawiesiny 1 gr. jasnego ugru w 20 gr. gliceryny. Masę taką gotuje się pół godziny na łaźni wodnej, ciągle ją mieszając. Dobranie koloru, odpowiadającego cerze danego osobnika, jest rzeczą trudną, a fabryczne wyrabianie masy, której ton odpowiadałby »der normalen Gesichtsfarbe der meisten Menschen«, jak to radzi Dr Spitzer, nigdy nie wystarczy. Ustalać ostatecznie zabarwienie masy protetycznej można dopiero po jej wyschnięciu.

Niepraktycznem jest wyrabiać masę odrazu w większej ilości. Masa bowiem, dłużej przechowywana, pleśnieje, a dodawane środki odkażające drażnią skórę.

Mając przygotowaną formę i masę, możemy przystąpić do odlewu.

Przekonałem się, że w tych przypadkach, w których chodzi o protezę wysoką, o małej powierzchni stycznej, dobrze jest, za radą Spitzera, masę (roztopioną w potrzebnej ilości na łaźni wodnej) wlewać do złożonej formy przez wywiercony w tym celu otwór w masce. Gdy zaś potrzebna jest proteza nizka, lecz na znaczniejszej przestrzeni przylegająca do blizny, lepiej jest roztopioną masę nalać do negatywu i przycisnąć z wierzchu maską (Zinsser). Naturalnie, że formy należy przedtem miękkim pędzlem wysmarować waseliną.

Po paru godzinach wyjmujemy gotową już protezę, nożyczkami obrównywamy brzegi, ewent. przewiercamy nozdrza i naklejamy na chorym. Do naklejania użyć można mastisolu (Zinsser), mastyksu, rozpuszczonego w alkoholu w stosunku 1:30 (Spitzer), albo bezbarwnego lakieru, który trzyma doskonale, a nie wywołuje przykrego uczucia ściągania skóry.

Brzegi naklejonej protezy wygładza się rozgrzaną metalową szpatułką, a ewentualne braki uzupełnia przy pomocy pędzelka rozpuszczoną masą. W końcu trzeba protezę posmarować waseliną i wraz z całą okolicą zapudrować.

Lekarz musi nietylko zrobić najodpowiedniejszą formę i ustalić indywidualnie potrzebne barwiki, lecz także nauczyć interesowanego przyrządzania masy, robienia odlewów i umocowywania ich oraz wykończania protezy po jej naklejeniu. Dlatego powinni chorzy od początku w pracy współdziałać i ćwiczyć się w naklejaniu. Zaletą tej metody jest jej taniość i względna łatwość wykonania. Ma ona jednak i swoje wady.

Przedewszystkiem masa żelatynowa, tracąc wodę, kurczy się, skutkiem czego proteza przestaje przylegać i musi być co 2 do 4 dni, zależnie od wilgoci powietrza, odlewana na nowo.

Robiąc doświadczenia nad wytrzymałością protez, dodawałem do masy protetycznej sole hydrofilne i mydła, wyniki jednak były ujemne. Jedynie przez umieszczenie protezy na noc na wiszącej siatce w naczyniu zamkniętem, na dnie którego znajduje się woda, można znacznie przedłużyć czas jej używalności. Umocowanie protezy i obchodzenie się z nią wymaga pewnej inteligencyi i zabiera nawet osobom wprawnym conajmniej 10—20 minut. Wreszcie, po założeniu protezy nosowej, oczyszczenie nosa natrafiać musi na pewne trudności.

Wobec jednak rzadko jednako obie strony zadowalających wyników, jakie osiągamy w tych przypadkach przy pomocy różnych operacyi wytwórczych, krwawych, protezy, gdyby nawet połączone były z większemi jeszcze niedogodnościami, zasługują na uwagę.

Tem zaś skwapliwiej, zachęcony przez prof. Hermana, zająłem się sprawą tych protez, ponieważ zrozumiałem, że tylko protezy nosowe połączone są z większemi utrudnieniami. Natomiast wypełnienie protezami żelatynowemi rozmaitych wciągniętych i do podstawy przyrośniętych blizn po sprawach ropnych i wrzodziejących kości twarzy, jest zadaniem łatwem i prostem, a może być bardzo wdzięcznem. Blizn takich, zwłaszcza teraz, po zakażonych postrzałach twarzy, nie braknie. Uważałem przeto za odpowiednie już po swych pierwiastkowych doświadczeniach zwrócić uwagę szerszych kół lekarskich na tę w odpowiednich przypadkach niewątpliwie dobrą metodę.

Piśmiennictwo. 1) A. Fritsche: Nasendeformationen u. ihre Korrektionen. Würzburg 1916. — 2) L. Spitzer: Die Prothesenfrage bei Verstümmlungen nach Lupus vulgaris. Wiener klin. Woch. Nr 10. 1916. — 3) Prof. Warnekros: D. zahnärztl. W. 1914. Der Kriegszahnarzt. Berlin 1915. — 4) Prof. Zinsser: Zur Technik der Anfertigung künstlicher Nasen. Münch. med. Woch. Nr 14. 1916.

Ze szpitala Polskich Legionów w Lublinie.

Pomoc chirurgiczna na tyłach armii.

Napisał

Dr Gustaw Zaremba,

lekarz-kapitan Polskich Legionów.

(Ciąg dalszy).

Uświadomienie sobie zatem tych dwóch zasadniczych podstaw, iż po pierwsze każda rana postrzałowa jest »a priori« już zakażona w chwili jej zadania bez względu na to, czy to była kula karabinowa lub inny rodzaj pocisku; a po drugie, że należy dążyć do tego, aby odporność samej rany i całego ustroju utrzymać w walce przeciwko zakażeniu za każdą cenę, stanowić odtąd będzie linię wytyczną leczenia ran postrzałowych wszelkiego rodzaju.

Metoda dawna i na początku obecnej wojny jeszcze stosowana, opatrywania aseptycznego i jak najdalej posuniętego konserwatyzmu przy ranach postrzałowych, okazała się z wyżej omówionych powodów mniej lub więcej błędną i bezsilną wobec grożącego lub już rozwijającego się w głąb rany zakażenia. Dlatego na tyłach postępujemy obecnie więcej czynnie, przystępując w razie najmniejszego przypuszczenia szerzącego się zakażenia rany bezzwłocznie do jaknajrychlejszego jej rozszerzenia, zrewidowania dokładnego jej wnętrza i do zastosowania miejscowych i ogólnych środków przeciwgnilnych.

Przy ranach postrzałowych o małych rozmiarach, przenikających tylko części miękkie, z małym wlotem i wylotem, o ile wystąpią objawy szerzącego się zakażenia, wystarcza zazwyczaj usunięcie strupa, zaklejającego otwór, przez który natychmiast zaczyna wyciekać w tych przypadkach gęsta ropa ze strzępkami tkanki obumarłej. Wystarczy wówczas przeciągnięcie sączka od wlotu do wylotu wraz z opatrunkiem przeciwgnilnym mokrym. Często tym małym zabiegiem daje się zapobiedz dalszemu szerzeniu się zakażenia.

Przy większych zaś co do rozmiarów ranach dartych, miażdżonych, zwłaszcza przy równoczesnych złamaniach kości, staram się wnętrze rany jaknajlepiej i jaknajdokładniej udostępnić sobie przez rozszerzające nacięcia, celem przejrzenia i oczyszczenia możliwie wszystkich dostępnych zaułków rany. Oczyszczanie takie atoli powinno się wykonywać z należytem oszczędzaniem tkanek, zdolnych jeszcze do życia, usuwając zapomocą szczypczyków i nożyczek, to co najniezbędniejsze, a więc przedewszystkiem natrafione ciała obce, części żelaza, ołowiu, strzępy z odzieży. Z tkanek zaś samych usuwam strzępy obumarłe, a przy złamaniu z potrzaskaniem kości usuwam jedynie wolno leżące odłamki lub tylko wiszące jeszcze na cienkich strzępkach tkanki. Odłamków kostnych, będących jeszcze w związku z okostną, nie należy bezwarunkowo usuwać. Po takiem oczyszczeniu samej rany należy się postarać o celowe jej sączkowanie. O ile możności zatem powinny sączki być przeprowadzone ze spadkiem w dół, przez założenie cięć przeciwległych w najniższym punkcie ułożenia ciała.

W czasie trzydziestomiesięcznego trwania wojny starałem się wypróbować najrozmaitsze środki i sposoby, polecane do opatrywania ran. Używałem z początku wojny do tamponowania ran olejku kamforowego 10-procentowego, wlewania do ran balsamu peruwiańskiego i polecanego w jego zastępstwie dziegciu (oleum rusci), potem stosowałem wodę utlenioną w rozmaitych jej odmianach płynnych i stałych: perhydrol w płynie, w pastylkach i laseczkach; ortizon w laseczkach; mieszaninę perhydrolu z alkoholem, cukier sproszkowany. Próbowałem wreszcie tam, gdzie to było możliwe, tak zwanego odkrytego leczenia ran bez żadnego opatrunku.

Z mojego doświadczenia polecić mogę przy ranach zakażonych jedynie dwa sposoby, oba tak zwane mokre opatrywanie ran, mianowicie albo wspomnianą mieszankę Kuttner-Dreyera, składającą się z $^2/_3$ perhydrolu 3-procentowego i z $^1/_3$ alkoholu 96-procentowego, albo rozczyn Karell-Dakina, którego działanie polega na stałem zetknięciu się rany z chlorem, wydzielającym się z tego rozczynu. Ten sposób Karell-Dakina daje wprost zdumiewające wyniki pod względem szybkiego opanowania zakażenia nawet w bardzo ciężkim stopniu. Nawet przy posocznico-ropnicy z powodu złamania uda ze stwierdzonymi bakteryologicznie gronkowcami w obiegu ogólnym krwi udało mi się nadspodziewanie prędko opanować w ten sposób w ciągu kilku dni ogólne zakażenie u osobnika, którego uważaliśmy już

wszyscy za straconego, obliczając życie jego tylko jeszcze na najbliższe godziny.

Sposób przyrządzania rozczynu Dakina jest następujący (Opis Dobbertina, Münch. med. Woch. 1916 str. 1602) 200 gr. chlorku wapnia (calcium chloratum) rozciera się najdokładniej w 200 gr. wody źródlanej. Stopniowo dodaje się wśród ustawicznego mieszania więcej wody, aż do 10 litrów. 140 gr. sody (natrium carbonicum) rozpuszcza się w równej ilości wody i po trochu dolewa się to do rozczynu chlorkowego wśród ustawicznego mieszania przez dalsze pół godziny. Potem wszystko należy przesączyć 30—40 gr. kwasu borowego rozpuszcza się w 200 gr. gorącej wody i dolewa się do poprzedniego przesączu w celu zobojętnienia całego tego rozczynu.

Po założeniu długich sączków, tak, by dostateczny ich kawałek wystawał poza założony opatrunek, napycha się wnętrze rany lekko gazą, nasiąkniętą obficie rozczynem Dakina. Tak samo pokrywa się powierzchnię rany i na to zakłada się opaskę bez użycia ceratki. Przez wystający zaś sączek z opatrunku i nałożony nań lejek wlewa pielęgniarka co dwie godziny mniej więcej świeżą ilość rozczynu Dakina tak, iż cały opatrunek jest stale mokry, a nie tylko wilgotny.

Działanie rozczynu Dakina na ranę polega na wywoływaniu czynnego przekrwienia wskutek ustawicznego wydzielania się chloru. Wnętrze rany zadziwiająco prędko się oczyszcza, i w ciągu mniej więcej czterech do sześciu dni rany, nawet jaknajgorzej cuchnące i fatalnie wyglądające, są zazwyczaj już oczyszczone, pokrywają się piękną, obfitą ziarniną czerwoną, objawy zaś zakażenia szybko ustępują.

Tyle miałbym do powiedzenia w najogólniejszych zarysach co do traktowania samych ran postrzałowych, w których zakażenie objawiło się w części lub w całej pełni.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 20. III. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokółuje kol. Bocheński. Obecnych członków 15.

I. Kol. Wiczkowski omawia opisany przypadek **białaczki limfoidalnej**, odbiegający od zwykłego typu, a mianowicie ilość limfocytów dosięgła cyfry 1,300.000, a gruczoły limfatyczne dostępne badaniu nie były powiększone, tylko gruczoły krezkowe, jak to sekcya wykazała, były obrzmiałe. Badania histologiczne, wykonane w pracowni prof. Dmochowskiego, wykazały rozrost i bujanie układu limfoidalnego prawie we wszystkich narządach wewnętrznych. Prelegent do tego opisu nawiązał przedstawienie swych badań nad etyologią białaczki i to na tle obecnego stanu wiedzy o tej etyologii. Z całego szeregu doświadczeń w tym kierunku raz tylko udało się prelegentowi przeszczepić białaczkę ludzką z chorego na ostrą białaczkę na kurę, u której po wstrzyknięciu surowicy z wysięku zapalnego opłucnego rozwinął się obraz białaczki ludzkiej. Badanie krwi tej kury, sekcya jej, a przedewszystkiem badanie histologiczne jej narządów wewnętrznych, wykonane przez prof. Nowickiego, dają prelegentowi podstawę do twierdzenia, że rzeczywiście był to pierwszy przypadek przeszczepienia białaczki z człowieka na zwierzę. Dalszych wniosków stąd nie wysnuwa, gdyż następne doświadczenia przeszczepiania z kury na kury, nie dały wyniku dodatniego, a nie miał sposobności powtórzyć tych doświadczeń z ostrą formą białaczki ludzkiej. (Rzecz w całości ogłoszona będzie drukiem).

Dyskusya:

1. Kol. A. Gluziński spostrzegał przed kilkunastu laty przypadek białaczki limfatycznej u chorego 70-letniego, który zmarł z powodu zapalenia płuc. Sekcya wykazała główne zmiany w kępach Peyera i tylko gruczoły krezkowe były powiększone. Te więc formy białaczki bez powiększenia gruczołów zdają się przydarzać tylko u ludzi starszych. Co do sprawy przeszczepiania białaczki, to jak dotąd sprawa tak się ma, że tylko na zwierzę tego samego gatunku przenieść ją było można, jedynie szczepienia na ludziach dały wynik ujemny. Również bez wyniku pozostały próby przeszczepiania białaczki z ludzi na małpy. Pozornie pomyślne wyniki przeszczepienia na kury okazały, że w tych przypadkach chodziło o gruźlicę u kur. Przy próbach tych liczyć się należy z okolicznością, że skład krwi kury jest inny, niż skład krwi człowieka, a następnie, że kury bardzo łatwo oddziałują na różne bodźce silną leukocytozą. — Co do doświadczeń kol. Wiczkowskiego, to nie ulega wątpliwości, że była tam białaczka. Atoli białaczki tej nie udało się już dalej przeszczepić na inne kury. We wszystkich takich doświadczeniach należy być bardzo ostrożnym przy wysnuwaniu stanowczych wniosków. Mimowoli n. p. nasuwa się przypuszczenie, czy w przypadku tym nie zachodzi przypadkowy zbieg tego rodzaju, że kura ta miała właśnie dostać białaczki i dostała jej zupełnie niezależnie od wstrzyknięcia wysięku opłucnego.

2. Kol. Hornowski, podobnie jak inni, podziela zdanie, że białaczka jest sprawą nowotworową, za czem oprócz innych okoliczności przemawia urazowe jej powstawanie i możność przeszczepiania tylko na ten sam gatunek, podobnie jak przy nowotworach.

3. Kol. Szczepański sądzi, że przeciw zapatrywaniu, jakoby białaczka była sprawą nowotworową, przemawia okoliczność, iż przy nowotworach wytwarza się najpierw ognisko nowotworowe, a później dopiero przerzuty w gruczołach, natomiast w białaczce odrazu zostają zajęte wszystkie gruczoły i sprawa nie przechodzi poza ściany narządu zajętego, jak to czyni nowotwór. Nadto cały obraz i przebieg białaczki odpowiada cechom choroby zakaźnej.

4. Kol. Hornowski zwraca uwagę, że w przypadku zieloniaka (chloroma), który spostrzegał, a który klinicznie był rozpoznany jako białaczka, guzki przechodziły nie tylko torebkę, ale wrastały nawet do naczyń.

5. Kol. Wiczkowski podkreśla jeszcze raz, że w doświadczeniach swych był bardzo ostrożny. Pomimo, że badanie krwi kury dało obraz taki sam, jak przy białaczce ludzkiej, że sekcya dokładna przemawiała za białaczką, a stanowczo wykluczała gruźlicę — pomimo to w wysnuwaniu wniosków był wstrzemięźliwy i wypowiedział je dopiero po udałej próbie przeszczepienia. Nie godzi się z zapatrywaniem, jakoby białaczka była sprawą nowotworową.

6. Kol. A. Gluziński radzi ostrożność co do wyrażenia, że obraz krwi kury i łatwość oddziaływania wysoką leukocytozą na różne bodźce sprawiają, że łatwo tutaj popaść w nieporozumienie. Podobny zupełnie obraz krwi może u kury być leukocytozą, a u człowieka białaczką. Aby rozpoznać białaczkę, musimy oprócz innych objawów stwierdzić usitozę.

7. Kol. Hornowski zauważa, że trudno naturalnie rozstrzygnąć, czy białaczka jest sprawą nowotworową, czy też zakaźną. Można o tem dysputować, ale mowca nie godzi się z tem, by przeciw zapatrywaniu, że to jest sprawa nowotworowa, przemawiała gorączka. Mogą przecież komórki te przy białaczce dostać się w dużej ilości do mózgu i wywołać gorączkę. Mowca spostrzegał przypadek, przebiegający wśród gorączki i gdzie klinicznie rozpoznano gruźlicę, a sekcya wykazała mięsaka limfatycznego (lympho-sarcoma). Do niedawna n. p. złośliwe ziarniniaki chłonne (lymphogranulomata maligna) uważano przecież za sprawę nowotworową. Są to może sprawy, stojące na granicy między nowotworami a sprawami zapalnemi, a białaczka z natury rzeczy jest trudniejsza do określenia, gdyż sprawa odbywa się w narządzie krążenia.

II. Kol. Wiczkowski podnosi, że wobec powagi chwili należałoby, by Towarzystwo lekarskie zabrało głos w sprawie społeczno-higienicznej, która to sprawa ma doniosłe znaczenie wobec przyszłości naszego społeczeństwa, na wzór podobnej akcyi, przedsięwziętej w innych dzielnicach Polski. — Sprawę przekazano Wydziałowi Towarzystwa celem rozpatrzenia i ewentualnego pokierowania.

III. Kol. Demianowski wygłasza odczyt p. t.: **Pomiary antropologiczne umysłowo chorych zbrodniarzy.**

Pomiary antropologiczne przeprowadził prelegent na materyale 1160 chorych Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie. W liczbie tej było 126 zbrodniarzy, czyli 10·8%. Badania te wykazały, że typ umysłowo chorego zbrodniarza równa się zupełnie typowi umysłowo chorego osobnika bez tendencyi do czynów karygodnych. Stworzenie nawet z punktu choćby tylko psychologicznego typu umysłowo chorego zbrodniarza napotyka

na wielkie trudności. Uwzględniając mechanizm psychologiczny zbrodni u umysłowo chorego (autyzm, oderwanie się od rzeczywistości, urojenia i omamy), sam czyn zbrodniczy uważać będziemy musieli tylko, jako zależny od przypadku.

Posiedzenie naukowe d. 30. III. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokółuje kol. Bocheński. Obecnych członków 13.

I. Kol. Andruszewski przedstawia chorą, demonstrowaną na posiedzeniu dnia 2 marca. Chora ta zgłosiła się powtórnie do ambulatoryum 6. marca, a więc w 4 dni po pierwszej demonstracyi. Już wtedy rozpoznanie **łuszczycy** nie ulegało żadnej wątpliwości. Wykwity na skórze przedstawiały się jużto jako charakterystyczne łuski zrogowaciałego naskórka na nienaciekłych plamach barwy (w przeciwieństwie do stanu przed 4 dniami) więcej rudawobrunatnej lub żywoczerwonej, jużto jako bardzo mało ponad poziom skóry wzniesione i znacznie mniej niż pierwotnie naciekłe guzki, również o zmienianej barwie. Wykwity te przedstawiały więc temsamem wszelkie charakterystyczne cechy łuszczycy podostrej w początkowym okresie inwolucyi. Chorej przepisano miejscowo maść Wilkinsona i częste kąpiele, wewnętrznie pigułki arszenikowe. Dziś, a więc po upływie 3 tygodni od rozpoczęcia leczenia, widać tu i ówdzie ledwie ślady pigmentacyi i łusek, nacieków nigdzie w poszczególnych dawnych wykwitach stwierdzić nie można. Nowych wykwitów niema.

II. Kol. Bednarski wygłasza odczyt p. t. **Okulistyka herbularzy czyli ziołopisów polskich w XVI w. i na początku XVII wieku.** Prelegent przedstawił patologię i terapię okulistyczną ziołopisów t. j. Falimirza, Spiczyńskiego, Siennika, Urzędowa i Syreniusa. Szczegółowo omówił powstanie pierwszego zielnika polskiego z r. 1534 i patologię oka w zielnikach Falimirza, Spiczyńskiego i Siennika, następnie mówił o Dr Urzędowie i jego zielniku, wreszcie przedstawił patologię oka Syreniusa. Szczegółowo mówił o patologii ogólnej herbularzy i o jaglicy, nieco o nomenklaturze i o t. zw. lekach ludowych. W końcu podał ogólny pogląd na stan okulistyki w Europie w XVI w. i omówił znaczenie zielników. (Praca w całości ogłoszona będzie drukiem).

Listy do Redakcyi.

W pracy M. W. Hermana w Nrze 26 zaszła pewna pomyłka w zestawieniach statystycznych. Przytaczam te dane wedle tekstu: 1) że 95% żołnierzy z poszarpanemi przez pocisk jelitami »wśród leczenia zachowawczego« umierało. 2) Prawie 50% ranionych w brzuch znajduje się w takim zapadzie, że najmniejszy zabieg staje się niewykonalny. Z operowanych zaś zdrowieje od 20% do 44·4%, w najgorszym zatem razie przynajmniej cztery razy tyle co przy leczeniu nieoperacyjnem«. Otóż w tem się autor myli, iż znaczy to nie cztery razy, ale tylko dwa razy tyle. Weźmy konkretny przykład: Na 600 zachowawczo leczonych wyzdrowieje 5×6 = 30 rannych. A zaś u chirurga czynnie wkraczającego umrze przedewszystkiem połowa czyli owe 50% znajdujących się w zapadzie, t. j. 300, dopiero z owych drugich trzystu wyzdrowieje 20% t. j. 60 rannych. Wynika z tego, że w pierwszym wypadku zdrowieje 30, a w drugim wypadku 60, czyli tylko dwa razy tyle. Błąd obliczenia na tem polega, że Sz. Autor nie uwzględnia owych 50%, których operować nie można — a to jest niedopuszczalne, bo porównywać można tylko ile się traci względnie ocala z całości, a nie z części, która a priori ma korzystniejsze szanse. Wszakże w razie »nihilizmu operacajnego« wliczono i zaważyły w procencie także owe 50% rannych w zapadzie będących. Wynika z tego, że jeżeli przy owym nihiliźmie operacyjnym ginie 95% to przy czynnej interwencyi ginie 90% — różnica w każdym razie nie tak wielka, iżby była bezwzględnie przekonywająca, zwłaszcza, gdy

się uwzględni możliwe wahania cyfr, zależnie od wielu ubocznych okoliczności.

Sam Autor później wspomina o 10 przypadkach, w których prawdopodobnie nie była otrzewna naruszona — i dlatego je z rubryki wykreśla. Ale to post festum — gdyby zaś te 10 przypadków miał zaraz po zranieniu, byłby niewątpliwie u nich dokonał laparatomii — a te (niepotrzebne) laparotomie polepszyłyby niesłusznie znacznie ogólną statystykę pomyślnych rezultatów.

Dr Józef Kadyi (Jasło).

Jeżeli o wartości wczesnej laparotomii w postrzałach brzucha, wnosić będziemy jedynie z tych przypadków, w których zabieg ten **rzeczywiście i wcześnie** został wykonany — a w mojem przekonaniu inaczej nie można — wtedy słuszność, mimo wywody kol. K., pozostanie przy mnie. Owych 50% ranionych w brzuch, którzy z powodu zapadu nie mogli być wogóle operowani i umierali »bez leczenia« — świadczą chyba o grozie postrzałów brzucha, a żadną miarą nie o małej wartości laparotomii, boć jej tam przecież nie wykonano! Zresztą wobec olbrzymiej wartości życia ludzkiego, sposób dający choćby tylko 2 razy lepsze wyniki, ma bezwzględną wyższość nad każdym innym, dającym 2 razy gorsze wyniki.

Herman.

Wiadomości bieżące.

Kraków. D. 14. VII. odbyło się w Krakowie posiedzenie krajowej Komisyi przeciwgruźliczej.

— Prof. Dr Stanisław Maziarski, zaproszony przez Prezydyum Delegacyi Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, objął urząd skarbnika Delegacyi, którego tymczasowo po śmierci ś. p. prof. Dr Dobrowolskiego zastępował prof. Dr Ciechanowski.

— Galicyjskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża otwarło 15. VII. poradnię przeciwgruźliczą i wystawę przeciwgruźliczą w Łańcucie. Wystawa ta będzie przekształcona w wystawę ruchomą.

— Nowotarskie koło Towarzystwa walki z gruźlicą wydało drukiem wykład Dr K. Dłuskiego o gruźlicy, wygłoszony w Zakopanem. Do wykładu dołączył autor w postaci tabeli zestawienie naszych instytucyi przeciwgruźliczych.

— Pod tytułem »Pokrzywdzenie Galicyi« pomieszczają dzienniki następującą wiadomość: »Na cele zwalczania gruźlicy udzielił — według zestawienia austr. Związku walki z gruźlicą — rząd centralny krajom monarchii następujących zasiłków:

Austrya niższa	1,985.000 K
Salzburg	661.000 »
Styrya	2,021.000 »
Karyntya	624.000 »
Kraina	1,200.000 »
Tyrol	1,500.000 »
Przedarulania	600.000 »
Czechy	3,200.000 »
Morawy	2,191.000 »
Śląsk	1,370.000 »
Galicya	**150.000** »

Zasiłek przeznaczony dla Galicyi służy na urządzenie sanatoryum w Rajczy.

Cyfry te mówią same za siebie. Galicya otrzymała tak mało, że po prostu zrozumieć nie można, w jaki sposób rząd mógł zaryzykować tego rodzaju postąpienie. Nasza reprezentacya parlamentarna powinna niezwłocznie zażądać wyjaśnień, na podstawie jakiego klucza rozdział ten nastąpił i dlaczego nawet tak małe kraje, jak Przedarulania lub Salzburg, otrzymały cztery razy tyle co Galicya, nie mówiąc już o Czechach, które otrzymały dwadzieścia jeden razy tyle«.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Dr Adzie Markowej za dzieła ofiarowane bibliotece. Dr Blassberg, bibliotekarz.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

KONKURS.

L. 521/17.

Z dniem 15 sierpnia 1917 r. nadaną zostanie posada prowizorycznego

LEKARZA

Kasy brackiej Gal. Akc. Zakładów górniczych w Sierszy. Warunki przyjęcia i pobory służbowe zostaną podane ustnie lub piśmiennie.

Kandydatów (Doktorów wszech nauk lekarskich) zaprasza się niniejszem do przedłożenia do dnia 1. sierpnia 1917 r. na ręce przewodniczącego Zarządu Kasy brackiej nieostęplowanych podań, zaopatrzonych w następujące allegaty:

1. odpis dyplomu lekarskiego;
2. metryka chrztu;
3. życiorys;
4. świadectwa z odbytej praktyki, a w szczególności praktyki chirurgicznej i ginekologicznej.

W podaniu podać należy termin, w którym nastąpić może objęcie posady. 298

Siersza, dnia 15 lipca 1917.

KASA BRACKA
Galic. Akc. Zakładów Górniczych
w SIERSZY

Schimitzek m. p.
Przewodniczący Zarządu Kasy brackiej.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 30. Kraków, 28. lipca 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 28. lipca 1917. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Reinfectio syphilitica.

Podał

Dr Franciszek Walter.

Kiedy w r. 1860 Ricord stwierdził kilka przypadków powtórnego zakażenia się kiłą, mimo, że poprzednio przez 20 lat zaprzeczał możliwości reinfekcyi, zdawało się, że obali to wreszcie tezę o jedności i nieuleczalności kiły. Wyraźnie i z naciskiem jednak zaznaczył Ricord, że przypadki te są niesłychanie rzadkie. Sprawa możliwości powtórnego zakażenia się znalazła wielu przeciwników, a hasłem ich było zdanie wygłoszone przez Fourniera: »La vérole ne se double jamais«; twierdził bowiem Fournier, że na olbrzymią liczbę spostrzeganych przez siebie przypadków kiły, nie stwierdził ani jednego typowego powtórnego zakażenia. Wszystkie przypadki, podane w piśmiennictwie, uważa Fournier za niedokładnie spostrzegane, a zaliczyć je należy, jego zdaniem do opisanych przez niego, »chancre redux«, »pseudochancre induré«, albo do objawów drugorzędnych, ulegających pewnym zmianom, albo też do zmian późnych, (roseola tardiva, erythema tertiare i t. d.). Przypuszcza również Fournier, że rozpoznanie pierwszego zakażenia kiłowego mogło polegać na błędzie spostrzegającego lekarza; wszakże niejednokrotnie lekarzowi niespecyaliście zdarza się wziąć pewne cierpienia skórne (pityriasis rosea, lichen planus, psoriasis), za zmiany kiłowe drugorzędne.

Szereg wybitnych dermatologów podzielił się na dwa obozy, przeciwników (Brocq, Leoloir, Bärensprung, Sigmund, Acton-Gowers) i zwolenników prawdziwości powtórnego zakażenia się kiłą (Diday, Rollet, Jullien, Köbner, Caspary, Mracek, Finger, von Hehr), przeważnie jednak utrzymywało się zdanie — o nie wyleczalności kiły i nie istnieniu możliwości powtórnego zakażenia.

Diday pierwszy ogłosił dokładnie spostrzegane przypadki reinfekcyi w liczbie 20, dochodząc na ich zasadzie do wniosku, że kiłę w zupełności można wyleczyć. Jednakże w r. 1891 Hudels zebrał, w poszukiwaniach nad sprawą odporności przeciw kile, 148 ogłoszonych przypadków reinfekcyi; za zupełnie pewne uważa on jednak zaledwie 9 przypadków i przyjmuje za pewnik, że z bardzo nielicznymi wyjątkami człowiek zakażony kiłą zachowuje przez całe życie odporność na nowe zakażenie; co się zaś tyczy tych przypadków, w których dotknięty kiłą wrodzoną, po raz drugi uległ zakażeniu — to jego zdaniem, wśród ogłoszonych przypadków niema ani jednego pewnego w tym względzie.

Te właśnie zapatrywania o nabytej zupełnej odporności przeciw kile, były przyczyną, że uważano powtórne zakażenie za niesłychanie rzadkie. Tarnowsky na 40.000 spostrzeganych przypadków kiły opisał tylko 6 przypadków, Fournier, jak wspominałem, ani jednego. W r. 1909 ogłasza John obszerną monografię krytyczną 322 przypadków powtórnego zakażenia się kiłą, zebranych z wielu lat. Zaledwie trzecią część (119 przyp.) uważa John za pewne powtórne zakażenie kiłowe. Żąda on dla stwierdzenia prawdziwej reinfekcyi: a) stwierdzenia typowej powtórnej zmiany pierwotnej, b) zajęcie sąsiadujących gruczołów limfatycznych, c) wystąpienie zmian drugorzędnych. Oba zakażenia kiłowe powinny być stwierdzone przez lekarza specyalistę; opowiadaniom chorego o przebytej kile nie wiele trzeba dawać wiary. Z wielkiem niedowierzaniem należałoby przyjmować przypadki, w których okres wolny od objawów między pierwszem a drugiem zakażeniem był zbyt krótki; przyjąć należy zgodnie z dawniejszymi autorami okres wolny przynajmniej kilkuletni (5—6 lat Taylor). Prócz tego zdołał John zebrać 34 przypadki, gdzie pierwsze zakażenie opisano, jako kiłę wrodzoną. W tych trudniejszych bezwątpienia do rozpoznania przypadkach zaledwie w 13 zmiany, odpowiadające zmianom kiły dziedzicznej, były zupełnie pewne, w innych bowiem przypadkach spostrzegane blizny lub zmiany dystroficzne nie mogły uchodzić za wystarczające objawy.

Rozpatrując te przypadki, dochodzi John do przekonania, że powtórne zakażenie jest wprawdzie bardzo rzadkie, jednak zupełnie możliwe, a nabyta odporność nie jest zupełna i słabnie z biegiem lat. Jednak już John zaznacza, że powtórne zakażenie nie jest dowodem zupełnej wyleczalności kiły, dopóki nie można obalić twierdzenia, że przy jawnych zmianach trzeciorzędnych może dojść do powtórnego zakażenia z typowemi zmianami i następstwami (opisali takie przypadki Ogilvie, Diday, Finger, Neumann i inni). Stwierdzeniu pewnej reinfekcyi stały również na przeszkodzie i różne zapatrywania autorów co do warunków, udawadniających pewność powtórnego zakażenia. Didayowi i Hutschinsonowi wystarczała już obecność drugiej zmiany pierwotnej, nawet gdyby nie było towarzyszących zajętych gruczołów limfatycznych; przeciwnie cały szereg innych autorów żądał wystąpienia typowych zmian następowych w chronologicznym porządku.

Trudności stwierdzenia prawdziwej reinfekcyi z biegiem lat zmalały. Ostatni dziesiątek lat, rozpoczęty klasycznemi szczepieniami na zwierzętach Miecznikowa i Roux, odkryciami Schaudina, Wassermanna i Ehrlicha, sprowadził tyle zmian w zapatrywaniach naszych na patogenezę i terapię kiły, że nauka o odporności w kile doznała zupełnego przeistoczenia. Możliwość wczesnego rozpoznania kiły, przez wykazanie krętków bladych w zmianie pierwotnej, pozwalała rozpoczynać leczenie przeciwkiłowe, a przez leczenie rtęcią i salwarsanem pozwalała otrzymać wiele wyleczeń zupełnych, stwierdzonych następowo typowemi reinfekcyami. Doświadczenia Fingera, Landsteinera, Neissera udowodniły niezbicie, jak błędne były nasze zapatrywania o nabytej trwałej odporności kiłowej. Szczepienia doświadczalne małp, wykonane przez Neissera, dowiodły, że zwierząt zakażonych kiłą po raz drugi zaszczepić nie było można tylko dlatego, że w ich ustroju istniał jad kiłowy pełny jadowitości. Zwierzęta natomiast wyleczone z łatwością można było po raz drugi zaszczepić, a zatem te doświadczenia potwierdzały możność zupełnego wyleczenia. Finger stwierdził, że ustrój, dotknięty kiłą, już w czasie wytworzenia się zmiany pierwotnej nabiera właściwości nie oddziaływania na drugi jad kiłowy typowemi zmianami — która to własność i z biegiem czasu zwiększa się. W pierwszych okresach zakażenia ta zdolność tkanek nie jest jeszcze zupełną, tak, że zakażenie przypadkowe lub sztuczne własnym swym czy obcym szczepem wywołuje jednak zmiany, odpowiadające okresowi choroby. W okresie drugorzędnym staje się odporność już jednak prawie zupełną, a przypadki superinfekcyi są już w tych okresach rzadkie. Charakterystycznem jest to, że w drugorzędnym okresie kiły zakażenie nowe występuje w postaci wykwitu drugorzędnego, a to wskutek pewnych zmian w tkankach, wywołanych przez pierwotne za-

każenie kiłowe (przestrojenie tkanek — Umstimmung der Gewebe, Neisser). W okresie trzeciorzędnym natomiast powtórne zakażenia kiłowe znane są nietylko z piśmiennictwa (Ducrey), ale doświadczalnie stwierdzone na zwierzętach. Tak według Ehrmanna; Neissera i innych może być powtórne zakażenie z typową zmianą pierwotną i następowemi zmianami drugorzędnemi, mimo że w pewnych okolicach ustroju trwają zmiany chorobowe trzeciorzędne. Tak więc powstanie w tym późnym okresie najtypowszej reinfekcyi nie mogłoby dowieść zupełnego wyleczenia ustroju z pierwszego zakażenia. Przyczynę tych zjawisk stanowi okoliczność, że w razie dłuższego trwania choroby, zwolna wygasa owo przestrojenie tkanek i to nie równomiernie tak, że w pewnych miejscach istnieje w pełni swej siły, w innych natomiast znika. Gdy więc w takim przypadku nowy jad kiłowy wtargnie po raz drugi w to miejsce, gdzie właściwość ta jest zachowana w pełnej swej sile, to według wszelkich reguł nauki o superinfekcyi powstanie kilak; gdy w tej okolicy tkanki zatracą ową właściwość, wówczas nastąpić może typowa reinfekcya.

Tak więc doświadczenia te udowodniły, że typowe reinfekcye zdarzać się mogą, a warunki ich powstawania spostrzeżenia te dokładnie określiły. Neisser przypuszcza, że o wiele więcej możnaby zebrać z dawniejszego piśmiennictwa przypadków reinfekcyi, gdyby nie to, że późniejsze stanowisko społeczne tych ludzi, którzy w młodym wieku nabyli kiły, nie naraża ich na możliwość powtórnego zakażenia, wiele bowiem tych przypadków było zupełnie wyleczonych.

Bezwątpienia dawniej rozróżnienie superinfekcyi, zwłaszcza w okresie trzeciorzędnym napotykało na wiele trudności; kierowano się obrazem klinicznym i zdolnością ustępowania przy podawaniu jodu. Dziś o wiele łatwiej rozstrzygamy to pytanie: obfitość krętków bladych w zmianie, obraz histologiczny, zachowanie się odczynu Wassermanna pozwala na rozpoznanie reinfekcyi.

Od czasu wprowadzenia energicznego natychmiastowego leczenia we wczesnych okresach kiły przez zastosowanie rtęci i salwarsanu, wzrosła znacznie liczba reinfekcyi. W krótkich odstępach czasu pojawiać się zaczęły publikacye nabytych po raz drugi mniej lub więcej pewnych zmian pierwotnych. Zwłaszcza wprowadzenie t. zw. leczenia poronnego w bardzo wczesnych okresach kiły, przy ujemnym odczynie Wassermanna, doprowadzało do zupełnego wyleczenia. Mogli więc Meirowsky i Kretzmer twierdzić, że liczba reinfekcyi nie ulegających wątpliwości od czasu wprowadzenia salwarsanu wzrosła bardzo znacznie.

Wyniki autorów, stosujących leczenie poronne, były bardzo dobre. Neisser otrzymywał 90% wyleczeń, Hoffmann w okresie zmian pierwotnych 94 i 100%, w okresie zmian drugorzędnych 83%, trzeciorzędnych 60%; wszystkie te przypadki wolne były następowo, od jakichkolwiek nawrotów klinicznych lub serologicznych. Scholz przy stosowaniu swej metody w kile pierwszorzędnej miał 93% przypadków zupełnego wyleczenia, a w drugorzędnej 85%. Inni autorowie również otrzymali liczby zachęcające, Gennerich 96 i 97%, Altmann 93% (Altmann stwierdzał potem 3—4 lat wolnych od nawrotów).

Bezwątpienia ważne dla stwierdzenia zupełnego wyleczenia jest ustalenie okresu czasu wolnego od nawrotu po skończonem leczeniu. Neisser uważa rok obserwacyi, wolny od nawrotu serologicznego, za wystarczający. Scholz razem z Lesserem uważa również przeciąg jednego roku, wolny od nawrotu, za wystarczający, jeżeli przypadek leczony był poronnie w sprzyjających warunkach, nawroty bowiem zjawiały się zwykle w pierwszych 6 miesiącach. Natomiast w tych przypadkach, w których rozpoczęto leczenie w okresie kiły drugorzędnej, zupełne wyleczenie należałoby oceniać ostrożniej, ale i tu nawroty zjawiają się w pierwszej połowie roku lub najpóźniej do roku. Na podstawie więc swej statystyki sądzi Scholz, że okres 2-letni po skończonem leczeniu, podjętem we wczesnych okresach drugorzędnej kiły, wolny od nawrotu serologicznego, zupełnie wystarcza do uznania przypadku za wyleczony.

Występowanie nawrotów w razie nieudałego leczenia w pierwszym roku po skończonem leczeniu stwierdza szereg autorów. Ale i tych dłuższych okresów, wolnych od nawrotów serologicznych, nie należy przeceniać. Almkwist i Boas opisywali przypadki, gdzie po okresie nieraz bardzo długim utajenia serologicznego jednak występował nawrot. I tak Almkwist widział przypadki, w których po okresie 3 lat i 8 miesięcy zupełnie wolnych wystąpił nawrot; w drugim przypadku zdarzyło się to po $2^1/_2$ roku, w trzecim po roku. Boas podobne zachowanie się spostrzegał w 2 przypadkach, w jednym nastąpiło to po 3 latach, w drugiem po $2^1/_4$ latach. Ujemny bowiem odczyn Wassermanna nie dowodzi zupełnej nieobecności krętków bladych; może ich być bardzo mało, tak że nie stoją w prostym stosunku (same krętki, albo ich produkty rozpadu) do odczynu Wassermanna. Również i Müller na podstawie ogromnej statystyki 60.000 przypadków odczynu Wassermanna stwierdza, że zdarzają się, wprawdzie bardzo rzadko, przypadki nawrotu serologicznego w 2—3 lat po skończonem leczeniu, mimo że w tym okresie badana surowica dawała zawsze wynik ujemny. Jednakże przyjąć musimy, że te przypadki są bardzo rzadkie, a trzeba przyznać słuszność spostrzeżeniom autorów, że serologiczne nawroty po roku do 2 lat przeważnie nie pojawiają się; spostrzeżenie wielu typowych reinfekcyi potwierdza tę możliwość wyleczenia. W r. 1914 ogłosił Benario monografię przypadków reinfekcyi, zebranych od czasu zastosowania salwarsanu. Dla stwierdzenia pewnej reinfekcyi nie wymaga on wystąpienia zmian drugorzędnych jako »conditio sine qua non«; wystarczy stwierdzenie kliniczne i bakteryologiczne zmiany pierwotnej, zajęcie sąsiadujących gruczołów limfatycznych, odczyn Wassermanna i znajomość źródła zakażenia. 112 zebranych przypadków dzieli Benario na dwie grupy. Do pierwszej zalicza przypadki, leczone samym salwarsanem, do drugiej leczone salwarsanem i rtęcią.

W pierwszej grupie zebrał 10 przypadków mających wszystkie 5 wymaganych cech, prócz tego 6 przypadków, gdzie przyłączyły się jeszcze i zmiany drugorzędne; 11 przypadków było bardzo prawdopodobnych. Ważnym objawem dla stwierdzenia reinfekcyi jest okres czasu między skończonem leczeniem po stwierdzeniu pierwszego zakażenia, a wystąpieniem zmiany pierwotnej po raz wtóry. Przeszło w połowie przypadków okres ten wynosił zaledwie 6 miesięcy, w innych tylko 2 miesiące, nasuwa to już odrazu pewne wątpliwości co do prawdziwości drugiego zakażenia. Również i leczenie w pewnej części przypadków było według dzisiejszych naszych zapatrywań nie wystarczające (n. p. wstrzyknięcie śródmiąższowe 0·55 salwarsanu lub jedno wlewanie dożylne).

Druga grupa obejmuje przypadki, leczone sposobem kombinowanym. W 23 przypadkach były żądane warunki (w 15 wystąpiły i zmiany drugorzędne). Czas, po którego upływie wystąpiło drugie zakażenie, przeważnie wynosił kilka do kilkunastu miesięcy, w 8 przypadkach 6 miesięcy. Pozostałe przypadki nie wytrzymywały krytyki i już część ich uważano za reinduracye, izolowane zmiany drugorzędne i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Ze szpitala Polskich Legionów w Lublinie.

Pomoc chirurgiczna na tyłach armii.

Napisał

Dr Gustaw Zaremba,

lekarz-kapitan Polskich Legionów.

(Dokończenie).

O ile prócz rany jest jeszcze złamanie kości, to stosuję jaknajprędzej leczenie wyciągowe, jako jedynie racyonalne. Staram się przedewszystkiem zastosować takie ułożenie i taki sposób, aby zmiany opatrunku na ranie były zupełnie uniezależnione od wyciągu i aby zmiana opatrunku nie wpływała niekorzystnie na stan samego złamania, a więc, aby w czasie zmiany opatrunku nie potrzeba było usuwać choćby na chwilę tylko wyciągu, lecz by odłamki względem siebie pozostały w zupełnym spokoju, a mimo to sama rana i wnętrze jej były mi wszędzie dostępne. Dlatego też opatrunki przy złamaniach kończyn dolnych odbywają się u mnie zasadniczo nie na sali opatrunkowej, lecz na łóżku, na którem ranny leży we wyciągu; wyciągu nie zdejmuje się nawet do opatrunku, lecz jedynie co pewien dłuższy czas celem przekonania się, jak gojenie się samego złamania postępuje, i w jakim stanie znajduje się cała kończyna.

Tę samą zasadę starałem się przeprowadzić i co do złamań kończyn górnych. Przy złamaniu kości ramiennej najwięcej odpowiada powyższemu celowi przyrząd wyciągowy Weissensteina o konstrukcyi nader prostej i dającej się z łatwością wykonać we własnym zarządzie. (Münch. med. Woch. 1916, str. 698).

Przy ciężkich zranieniach i znaczniejszem nasileniu zakażenia stosuję poza tem wstrzykiwania wśródżylne elektrargolu; przy świeżych zaś ranach miażdżonych i dartych wstrzykujemy zapobiegawczo surowicę przeciwtężcową, o ile jej poprzednio przed przybyciem rannego do naszego szpitala nie zastosowano.

Prócz tego wielką wagę przywiązuję w ogólnem leczeniu rannych, aby ich jaknajlepiej odżywiać i aby mieli jak najwięcej dostępu świeżego powietrza i światła słonecznego.

O ile potrzeba opatrunków ustalających, to kładę wagę na to, aby możliwie jaknajprędzej opatrunki ustalające módz znowu usunąć i żeby ranny był jak najprędzej zdolny do wykonywania ruchów przy zastosowaniu miesienia i gimnastyki. Przy uszkodzeniu ścięgien i nerwów staram się zastosować odpowiednie ułożenie na szynie, zapobiegającej wytworzeniu się skurczeń, bacząc atoli, jak n. p. przy zranieniach ręki, aby tylko chora część jej była odpowiednio umieszczona na podłożonej szynie z wyłączeniem zdrowych palców, by ruchów palców niepotrzebnie nie tamować i nie powiększać przez to późniejszych zesztywnień i kłopotów z uruchomieniem dotąd zdrowych palców.

Przy ranach postrzałowych łydki, choćby one były nieznaczne, lecz połączone nawet z nieznacznym ubytkiem mięśnia łydkowego, pamiętać o tem należy, że stać się one mogą bardzo łatwo powodem następowego kurczenia ścięgna piętowego i zesztywnienia stopy wyprostowanej (Spitzfusstellung). Temu trzeba stanowczo od samego początku leczenia zapobiegać przez zastosowanie szyny kramerowskiej grzbietowej, do której stopę zgiętą grzbietowo, należy czasowo przymocowywać z uwzględnieniem wczesnem gimnastyki w stawie skokowym.

Przestrzedz wreszcie muszę przed zakładaniem opatrunków gipsowych w stanach septycznych; doświadczenie bowiem, nabyte wśród obecnej wojny, pouczyło nas dostatecznie, że u tych rannych mimo najlepszej wyściółki i zastosowania wszelkich środków ostrożności, występują jednakowoż pod gipsem nader łatwo odleżyny, szybko drążące w głąb.

Ze względu na ważność i aktualność wpływu transportu na rannych i pierwszą pomoc, udzieloną im na froncie, a dalej na następstwa tego na cały dalszy przebieg gojenia, które w całej pełni my chirurdzy na tyłach dopiero możemy ocenić, pozwolę sobie podać moje spostrzeżenia, zwłaszcza co do legionistów, a to w tym celu, by koledzy, pracujący na froncie, mieli pewne wskazówki do pracy ręka w rękę z nami na tyłach, celem zapobieżenia niedoli naszych rannych i zaoszczędzenia im późniejszej długotrwałej choroby, kalectwa, a nawet niekiedy i utraty życia.

Na ogół z zadowoleniem mogę oświadczyć, iż nasi legioniści z frontu przybywali do nas we względnie dobrym stanie, opatrzeni starannie i zapobiegliwie. Opatrunki ich pokrywały zazwyczaj rany dobrze, nie były przesunięte, tak żeby cała rana pozostawała niekrytą opatrunkiem i narażoną przez to na wtórne zakażenie. Również i ustalenie kończyn złamanych było prawie bez wyjątku dostateczne. A niestety pod tym względem miałem sposobność widywać nieraz kardynalne błędy. Opatrunki wskutek pobieżnego i niedostatecznego umocowania daleko przesunięte poza ranę, zupełnie odkrytą i stykającą się z brudnem ubraniem lub z niedostateczną ilością materyału opatrunkowego, całe przekrwawione; złamania zaś, wcale lub źle ustalone. Następstwem tego były już przy nadejściu do szpitala ciężkie ropowice lub znaczne nacieki zapalne; przesunięcie się odłamków, wystające poza opatrunek obnażone kości i t. d. Były to spostrzeżenia, często niestety spotykane w pierwszym roku wojny; znikły one na szczęście w ciągu trwania długiej wojny, ale niekiedy przytrafiają się one jeszcze, na szczęście sporadycznie tylko, i nie u legionistów rannych.

Również mogę z przyjemnością stwierdzić, że rany postrzałowe czaszki koledzy na froncie zdecydowali się bezzwłocznie trepanować i odsyłać je nam dopiero w stanie późniejszym pooperacyjnym, a wyników operacyjnych, które następnie miałem sposobność u siebie widzieć, mogę kolegom tylko powinszować. Gdy w Krakowie miałem sposobność trepanować dosyć wiele postrzałów czaszkowomózgowych, i to dopiero w wiele dni po zranieniu, z rozwiniętemi już ciężkiemi objawami ucisku mózgowego i zakażenia rany, w Lublinie nie miałem do tego już ani razu sposobności, ale zato miałem często sposobność widzenia doskonałych wyników wcześnie przedsięwziętej trepanacyi. Poleciłbym jednakowoż gorąco zabandażowanie głowy po trepanacyi w opatrunku, ustalającym głowę wraz z szyją przy zastosowaniu szyny kramerowskiej, wygiętej odpowiednio do formy sklepienia czaszki i karku, sięgającej aż na plecy. Nabrałem przekonania, że takie unieruchomienie głowy, zwłaszcza przy urazie mózgu, działa znakomicie na dalszy przebieg gojenia się rany, a zapobiega nieraz rozszerzaniu się zakażenia wśród opon mózgowych i tworzeniu się wypadnięć mózgowych.

Do również czynniejszego działania pragnę bardzo zachęcić kolegów z zakładów sanitarnych na froncie przy wielkich ranach miażdżonych kończyn, zwłaszcza jeżeli przytem nastąpiły złamania kości. Proszę mnie zrozumieć, że pod działaniem czynnem nie rozumiem bynajmniej amputacyi, lecz jedynie obrównanie zmiażdżonych, zczerniałych, na obumarcie skazanych brzegów rany, uwolnienie rany z widocznych w niej ciał obcych, słomy, błota, wyjęcie tych odłamków kostnych, które straciły swą spójność z okostną i równają się ciałom obcym, drażniącym tylko ranę. Przypuszczam, iż podczas walk pozycyjnych, w czasie których napływ rannych jest stosunkowo mały, zatem i czasu wolnego mają tam koledzy dostatecznie wiele, należałoby te właśnie rany miażdżone tak opatrywać, aby o ile możności dorównywało to zaopatrzeniu ostatecznemu.

Niezawodnie w ten sposób dałoby się w wielkiej liczbie przypadków zapobiegać bez porównania łatwiej rozprzestrzenianiu się zakażenia i stworzyć przez to korzystniejsze warunki gojenia. Rany te naturalnie należałoby już na froncie opatrywać przeciwgnilnie i polecałbym w tym względzie wypróbowanie rozczynu Dakina także we frontowych zakładach sanitarnych, skoro metoda opatrywania aseptycznego ran postrzałowych okazała się właściwie bezsilną wobec stwierdzonego faktu, iż niemal wszystkie rany postrzałowe bez wyjątku są już »a priori« zakażone. Wobec zatem grożącego lub już rozszerzającego się zakażenia rany, powinno się już, mojem zdaniem, postępować na froncie czynniej, przystępując do możliwie rychłego rozszerzenia ran podejrzanych i do zastosowania miejscowo środków przeciwgnilnych.

Aby opatrunki się nie przesuwały, poleciłbym używanie mastisolu w pobliżu rany i przy brzegach opaski przytwierdzającej.

Następnie z powodu zawsze grożącego zakażenia powinny być rany postrzałowe kończyn o ile możności odsyłane jaknajprędzej na tyły, dopóki warunki transportu są jeszcze korzystne, gdyż jak wiadomo, objawy zakażenia występują zazwyczaj dopiero po kilku dniach.

Każdy transport jednakowoż, jako antyteza spokoju, tak koniecznego dla prawidłowego gojenia, jest połączony z mniejszą lub większą szkodliwością dla rannego. Dlatego należy wpierw pomyśleć o tem, jakby unieruchomić jaknajlepiej uszkodzoną część ciała z uwzględnieniem łatwego udostępnienia samejże rany w czasie transportu, celem zmiany opatrunku bez potrzeby równoczesnego usuwania

przyrządu ustalającego. Za warunki dobrego ustalenia, których trzeba bezwarunkowo przestrzegać, należy uważać:

1) Absolutne unieruchomienie miejsca złamania; jest to jedynie możliwe przez unieruchomienie i objęcie w opatrunek ustalający także obydwóch sąsiadujących stawów.

2) Należy bezwarunkowo unikać, owszem zapobiegać wszelkiemu zaciśnięciu w opatrunku z uwzględnieniem zwłaszcza, iż rozwijająca się sprawa zapalna może wywołać znaczny obrzęk kończyny, a przez to szkodliwe wprost uciśnięcie kończyny w opatrunku.

3) Wspomniane już ułatwienie dostępu do samej rany, celem udogodnienia zmiany opatrunku w czasie transportu przez wycięcie dostatecznie wielkiego okna w samym opatrunku na przestrzeni samej rany.

Za najlepszy materyał do ustalania uważam szyny druciane Kramerowskie, lecz wykonane z dobrego, dostatecznie silnego materyału, dostatecznie długie, n. p. na złamanie uda o długości 1·20 m, lekko żłobione, tak aby szyna zewnętrzna sięgała od łuku żebrowego aż poza stopę. Dla złamania uda są również praktyczne szyny Eiselsberga; jest to właściwie zmodyfikowana szyna Kramerowska, przez dodanie do niej bocznych skrzydeł. W szynach Kramerowskich dają się łatwo wyciąć okna, przez wycięcie drutów poprzecznych na przestrzeni odpowiadającej ranie.

4) Nie należy zapominać o dostatecznie grubej wyściółce, zwłaszcza na miejscach, gdzie kości są pokryte tylko samą skórą, celem uniknięcia odleżyn na tych miejscach. Zresztą bóle, wywołane ugniataniem szyny, są tak nieznośne dla rannego, iż przybywszy do szpitala ma on pierwszą prośbę na ustach, by go uwolnić od za silnie ugniatającego opatrunku.

Wreszcie poleciłbym kolegom z frontu, aby na wierzch opatrunku dawali krochmalne opaski i aby na nich ołówkiem atramentowym wypisać odpowiednie objaśnienia z naszkicowaniem miejsca i wielkości zranienia. Dla lekarzy, którzy w czasie transportu tych rannych pierwszy raz widzą, będzie to bardzo wielkiem ułatwieniem w pierwszej oryentacyi co do dalszego postępowania z rannym. W mojej praktyce, chcąc sobie zapamiętać i nie zatracić miejsca, gdzie w opatrunku ustalającym należy wyciąć okno, postępuję w ten sposób, że na zdrowej kończynie zaznaczam w symetrycznem miejscu odpowiadającem ranie kontury jej ołówkiem atramentowym. Porównując potem ten szkic, wycinam okno w tem miejscu opatrunku, trafiając bezwarunkowo na miejsce rany.

Na tem kończę; zdaję sobie jednakowoż w pełni sprawę, iż chirurgowi fachowemu i kolegom dłużej w dziale chirurgii wojennej pracującym nic nowego nie przedstawiłem. Jeżeli jednakowoż w powyższym referacie koledzy praktycy, stojący dotychczas zdala od chirurgii wojennej, lub koledzy, w niej dopiero początkujący, znaleźli nową zachętę do kojenia cierpień naszym rannym, walczącym o niepodległość naszej Ojczyzny, wówczas cel mego referatu byłby w zupełności osiągniętym, a ja byłbym sowicie wynagrodzonym, choć mam to przeświadczenie, iż tematu nie zdołałem przedstawić w całej pełni ze względu na czas ograniczony.

W końcu pragnąłbym jaknajszersze koła lekarzy, stojące dotąd poza sferą wojskowych, zachęcić do wstępowania do mającej się tworzyć armii polskiej. Jeżeli bowiem dotychczas z zadowoleniem i dumą możemy powiedzieć, iż wyniki naszej pracy, zarówno lekarzy na froncie Legionów, jak i na tyłach, były bardzo korzystne i nieśliśmy naszym legionistom wydatną pomoc, to zasługa to tylko w części nasza. Złożyły się na to przedewszystkiem korzystne warunki, iż Legionów była dotychczas tylko garstka, ze stosunkowo znaczną ilością lekarzy; wskutek tego też niesienie im pomocy wydatnej nie natrafiało na większe przeszkody ani co do czasu, ani co do sił lekarskich, i ranni nasi mogli być należycie obsłużeni, poniekąd lepiej nawet, niż w armii regularnej.

Obawiam się bardzo, że w przyszłej armii polskiej, znacznie od Legionów większej, warunki te, obecnie tak korzystne, mogłyby się zmienić na gorsze w razie niedostatecznej liczby lekarzy. Wówczas w miarę zwiększonego napływu rannych zaopatrzenie ich na pozycyach mogłoby się stawać niedostatecznem i dorywczem i mielibyśmy daleko więcej ciężkich zakażeń przyrannych ze wszystkimi ich złowieszczymi skutkami. — Dla tego kończę apelem, aby szeregi nasze lekarskie również ochoczo się zwiększały ludźmi chętnymi do poświęceń i do pracy, by w powstającej Polsce, powołanej do nowego życia, było jaknajmniej kalek i byśmy całym dorobkiem naszej wiedzy z zwiększonemi siłami ratować mogli od zagłady lub późniejszego charłactwa naszą młodzież, dotychczas ochoczo krew przelewającą za najszlachetniejsze ideały.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 21 marca 1917.

Przewodniczy prezes Ciechanowski. Obecnych 60 słuchaczy.

Przewodniczący wita prelegenta i licznych gości, poczem prof. Dr Tokarz wygłosił wykład: **O służbie zdrowia w powstaniu listopadowem.**

29-tysięczna armia Królestwa polskiego miała służbę zdrowia skromną, ale zorganizowaną jak na ówczesne stosunki dobrze. Jedną z jej ujemnych stron było to, że nie obliczono nic na wypadek mobilizacyi. Szkielet organizacyi służby zdrowia przedstawiał się mniej więcej następująco. Na czele Wydziału zdrowia stał lekarz szef w randze pułkownika, którym w czasie wybuchu powstania był krakowianin, Dr Jan Stummer; przydzielonego miał sekretarza. Do poszczególnych dywizyi przydzielony był w randze podpułkownika jeden lekarz dywizyjny. Każdy pułk piechoty miał prócz tego jednego lekarza sztabowego w randze majora, dwóch lekarzy batalionowych w randze kapitana, dwóch podlekarzy (chirurgów) w randze poruczników i pewną liczbę felczerów. W pułku jazdy służył jeden lekarz, taksamo każda baterya artyleryi miała jednego lekarza batalionowego. Uposażenie było, jak na owe czasy, bardzo dobre. I tak lekarz dywizyjny pobierał pensyi 712 złotych polskich, żywność i mieszkanie, a na stopie wojennej jeszcze podwójną porcyę żywności i 4 racye furażu.

Lekarze wojska polskiego byli jednak przeważnie lekarzami praktykami, których do służby wojskowej nęciły bardzo korzystne warunki awansu i niezłe pensye. Organizatorów jednak dobrych między nimi nie było. Nie był nim też Dr Stummer, tak że pojawiły się przeciwko niemu skargi, wskutek których Stummer ustąpił, a miejsce jego zajął 6 lutego Dr Karol Kaczkowski. Duże role odgrywali w czasie powstania lekarze cywilni; między nimi a lekarzami wojskowymi powstawał czasem pewien ferment. Miała organizacya służby zdrowia swe bardzo dobre strony, o których dowiadujemy się ze sprawozdań sejmowych. Jedną z nich była troska o przyrost lekarzy: dla podlekarzy i akademików wyższych kursów Uniwersytetu warszawskiego ustanowiono zwrotne stypendya, w lazarecie ujazdowskim utworzono szkołę felczerską i t. p. Dla popierania wykształcenia lekarzy utworzono w lazarecie ujazdowskim bibliotekę, którą uzupełniano ciągłymi zakupami. W szpitalnictwie zaprowadzono inny system, niż za Księstwa Warszawskiego, mianowicie system lazaretów ruchomych, które były przedewszystkiem znacznie tańsze od dawniejszych. Wyjątek stanowiła Warszawa, gdzie był stały szpital wojskowy w Ujazdowie; był to pod każdym względem szpital na owe czasy wzorowy, urządzony po europejsku, w którym zarówno pod względem czystości, jak żywienia chorych i leczenia stosunki były nienaganne. Utrzymanie jednego chorego kosztowało w tym szpitalu 1 zł. pol. dziennie. Na czele szpitala stał komendant lekarz, któremu podlegał szereg lekarzy oddziałowych. Narzędzia chirurgiczne były pierwszej jakości, przyczem wszystkie sporządzone w kraju. Przy

szpitalu ujazdowskim stworzono osobny zakład wyrobu bandaży i utrzymywano osobną aptekę wojskową.

Wszystko to było organizacyą pokojową, którą wojna w roku 1830/31 do pewnego stopnia zaskoczyła. Przedewszystkiem powiększyła się bardzo znacznie armia, która ze stanu 29.000 już 1 lutego osiągnęła liczbę 71.000, a pod koniec marca 90.000. Ten poziom utrzymał się do bitwy pod Ostrołęką, poczem spadł do 64.000 i na tej wysokości utrzymał się do końca kampanii. Wzrosła zatem armia w stosunku $1:2^2/_3$, $1:3^1/_3$, a w końcu w stosunku $1:2^1/_2$. To też zaraz z początkiem kampanii, bo już w grudniu 1830 roku, wyłoniły się duże trudności w organizacyi służby zdrowia, i trzeba było dużej energii, by je pokonać. Przyznać trzeba, że o ile w pierwszych miesiącach były braki, o tyle później zaznacza się wyraźnie postęp we wszystkich dziedzinach służby sanitarnej, dzięki czemu mogła ona sprostać w zupełności swym zadaniom. Nie można tego powiedzieć o armii rosyjskiej, której stosunki były od początku do samego końca rozpaczliwe. Zupełny brak lekarzy, którymi byli przeważnie cudzoziemcy, brak ambulansów, trudności komunikacyjne i transportowe stanowiły w armii rosyjskiej obraz smutnych stosunków. To też skutki tego były dla tej armii fatalne. Chorzy i ranni masami umierali, a szczęściem dla nich było dostać się do niewoli polskiej, gdyż wtenczas mieli zapewnioną pomoc lekarską.

Zaraz w początkach powstania liczba chorych polskich żołnierzy dosięgła cyfry 3.000, co stanowiło $^1/_9$ część armii. Dla tej ilości trzeba było postarać się przedewszystkiem o odpowiednią ilość lekarzy. Pociągnięto do służby wszystkich lekarzy z Królestwa. Liczba ta jednak nie była wystarczającą, lekarze żyli bowiem skupieni w Warszawie, tak że prowincya nie mogła dostarczyć tylu, ilu ich było potrzeba. Nie mógł zaradzić brakowi zakaz wyjazdu za granicę. Akademikom z ostatniego kursu ułatwiono szybkie zdawanie egzaminów i przyjmowano ich w charakterze lekarzy batalionowych. Akademicy z innych kursów wstępowali w znacznej liczbie do armii, jako podlekarze. Z ich szeregów wyszło wielu wybitnych potem ludzi, n. p. Dr Szokalski. Z innych ziem polskich pierwsza zgłosiła swą pomoc Wielkopolska, dając zastęp lekarzy, z których najwybitniejszym był Dr Karol Marcinkowski. Z Krakowa zgłosił się cały szereg młodych lekarzy i akademików, a z wybitniejszych profesorowie Skobel, Mayer i Birkowski. Pewna liczba lekarzy przeszła do armii polskiej z wojska rosyjskiego (Dr Beniowski); i z zagranicy zgłosiła się również pewna ilość lekarzy, stanowiących najlepszy materyał ideowy (Dr Gałęzowski Seweryn). Z ideowych pobudek oddał swe usługi szereg lekarzy francuskich, niemieckich, włoskich, szwedzkich. Stanowili oni materyał bardzo różnej wartości, na ogół jednak dobry. Liczba ich byłaby zapewne większa, gdyby nie trudności, jakie robił rząd pruski w przechodzeniu przez granice. Mimo wszystko ilość lekarzy nie byłą wystarczająca, a rozmieszczenie ich wśród pułków było nierówne. Gdy w jednych pułkach pomoc lekarska była dostateczną, w innych odczuwano na tym punkcie braki. Uzupełniano je felczerami, dla których wykształcenia tworzono specyalne kursa.

Organizacya pierwszej pomocy na placu boju również z początku szwankowała. W praktyce często pierwszej pomocy udzielali koledzy rannego, więc walczący żołnierze, co wywoływało ogromne rozprószenie wojska, którego duża część była zajęta usuwaniem i opatrywaniem rannych, zamiast udziałem w walce.

By tego uniknąć dowództwo pod Grochowem oddało czynności sanitarne pewnym oddziałom (14 i 20 pułk piechoty liniowej, uzbrojonej w kosy). Rannego kładziono na dwie kosy, nakryte płaszczem do nich przywiązanym i na takich noszach rannych usuwano. Pod Grochowem sytuacya pod względem sanitarnym była dość korzystna; przewidywano oddawna bitwę w tem miejscu, Warszawa była niedaleko, kierunek odnoszenia rannych był ściśle oznaczony i dzięki tym warunkom zdołano opatrzyć i uprzątnąć wszystkich rannych, których było przeszło 5 tysięcy. Gorzej było w bitwie pod Ostrołęką, gdzie rannych było 2300; nie spodziewano się w tem miejscu bitwy i wskutek tego ambulanse daleko odesłano, a ponieważ miejscowi chłopi pouciekali, więc i podwód z najbliższej okolicy nie można było dostać. Usuwaniem rannych zająć musiała się artylerya, a czego ona nie uprzątnęła, to wszystko pozostało na pobojowisku. Poważniej zajęto się i nakarmiono rannych dopiero w Pułtusku.

Centrum całej organizacyi sanitarnej stanowiła przez cały czas powstania Warszawa. Na prowincyi ilość szpitali stałych była niewielka. Warszawa rozporządała na początku powstania 6 tysiącami łóżek, których budżet obliczano z góry na 1,900.000 zł. p. Faktycznie jednak ilość łóżek musiano wielokrotnie podnieść, a budżet przeniósł 8,000.000 zł. p. Z pod samego Grochowa przybyło do Warszawy przeszło 10.000 rannych i chorych. Stworzyło to sytuacyę krytyczną, z której wybrnięto dzięki wykonaniu daleko idących zarządzeń, mających na celu powiększenie ilości łóżek. I tak każdy mieszkaniec Warszawy, który miał mieszkanie złożone z więcej jak 2 pokojów, musiał dostarczyć jednego łóżka z pościelą. Zebrało się tą drogą tyle łóżek, że można było urządzić 10 lazaretów. Z nich oficerskie urządzone były wzorowo. Przyczyniły się do tego w wysokim stopniu warszawskie panie i ofiarność publiczna. Gorzej znacznie było już w lazaretach, przeznaczonych dla żołnierzy. Obok nadużyć administracyjnych był brak dozoru i opieki lekarskiej ich słabą stroną. Następstwem tego był wybuch »gorączki lazaretowej« w niektórych szpitalach, która zabierała mnóstwo ofiar. Wskutek skarg z tego powodu Krukowiecki wydał bardzo surowe rozporządzenia, kilku komendantów lazaretowych oddał pod sąd wojskowy i zapowiedział, że za każde niespełnienie obowiązków, czy służba, czy lekarze będą oddani pod sąd wojskowy. Zarządził ciągłe inspekcye szpitali i za przekroczenia winnych bardzo dotkliwie karał. Wynikiem tego postępowania była znaczna poprawa stosunków.

Początkowy brak lekarstw usunięto rekwizycyami, zakupami w prywatnych aptekach i pomocą z zewnątrz. I tak Kraków dostarczył od marca do maja 1831 r. lekarstw za 23 tysiące zł. p. Prócz tego robiono dla rannych wszystko, co możliwe. Urządzono szereg szpitali prywatnych; rannych, wracających z pobojowiska, poprostu do nich rozchwytywano. Czystość w nich, żywienie i opieka lekarska były pierwszorzędne. Bardzo szybko wychodzili ranni ze szpitala. Z 11.000 rannych do 25. lutego połowa poszła z powrotem na front za miesiąc, z pozostałych 6.000, 4 tysiące poszło po 2-miesięcznem leczeniu. W polskich szpitalach przypływ równał się odpływowi, gdy u Rosyan przypływ był nierównie większy od odpływu.

Rekonwalescenci z początku byli źle traktowani, opuszczali szpitale bez ubrań i broni. Krukowiecki i na tym punkcie zaprowadził reformę. Stworzył on zakład dla rekonwalescentów, w którym ich ekwipowano i odsyłano na front. Zaprowadził urlopy dla rekonwalescentów, i zapewnił im nawet pobyt w miejscach kąpielowych (Krzeszowice). Świadectwem uznania dla polskiego szpitalnictwa było to, że Rosyanie przez parlamentaryuszy posyłali pieniądze na pokrycie kosztów utrzymania swoich rannych. Zdarzało się, że poszczególne pułki część żołdu oddawały na cele szpitalnictwa.

Wśród leczonych w szpitalach nad rannymi przeważali chorzy. 10 czerwca było w Waszawie 4.618 rannych, a 12.354 chorych. W sierpniu na 2.123 rannych było chorych 8.627. Wśród chorych dużą część stanowiły choroby zakaźne, jak cholera, tyfus, krwawa biegunka i inne. Bardzo wcześnie jednak wydano zarządzenia higieniczne. Rozporządzeniem z dnia 25. III. nakazano oficerom dbać o czystość ciała i ubioru żołnierzy i wydawać odpowiednie pouczenia. W kompaniach ustanowiono 29. IV. t. zw. dozorców zdrowia, których obowiązkiem było staranie o czystą wodę, zdrową strawę i t. p. Jednym z pierwszych obowiązków lekarzy tylnych kolumn było puszczanie krwi chorym, uważane wówczas za bardzo ważny sposób leczenia. Do komendatów pułków wydano ostre nakazy w sprawie odtransportowywania zakaźnych chorych. Cholera mimo to zabierała mnóstwo ofiar i szerzyła się gwałtownie. 10. kwietnia zetknęła się armia polska z rosyjskim korpusem, w którym cholera grasowała, a już 17. tego miesiąca zgłoszono pierwszy raport o cholerze. Śmiertelność wynosiła około 100 ludzi dziennie na 1000 zachorowań. Obserwacya cholery nauczyła wreszcie z nią walczyć. Zauważono, że na zdrowotność wojska ujemnie wpływały okolice wilgotne, lub zniszczone, z lichą wodą, jak n. p. Podlasie. W czasie postojów cholera więcej się rozszerzała, niż w czasie marszów, operacyi wojennych i t. d. Z wszystkich tych spostrzeżeń próbowano korzystać przy zwalczaniu zarazy. Wreszcie zaczęto chorych izolować w osobnych zakładach, urządzono szczególnie dla jeńców kwarantanny. Stopniowo rozwinęła się i terapia: przedewszystkiem oczywiście modą ówczesną puszczano krew, ale podawano też makowiec, gorące lub parowe kąpiele; odchody dezynfekowano chlorkami; dla wojska wydano liczne pouczenia o cholerze i t. p. Około $^1/_5$ część armii jednak chorowała na cholerę i przeszła przez szpitale. U Rosyan stosunki były o wiele gorsze; około $^2/_3$ armii chorowało, a już w pierwszych tygodniach zarazy Rosyanie stracili około 10.000 ludzi.

Dużo przyczyniło się do zwalczenia cholery i poświęcenie lekarzy, z których wielu umarło.

Wspólnemi siłami zdołano trudności wszystkie pokonać, służbę zdrowia zorganizowano dobrze. Zyskano tem uznanie zagranicy, którą lekarze nasi emigranci uczyli leczenia cholery i zapobiegania jej. Im większe były trudności, tem lepsze dał naród dowody sprawności i żywotności. (Streszczenie na podstawie notatek autora).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich poruczyła urząd skarbnika kol. Dr Kazimierzowi Trzcienieckiemu (Lwów, ul. Asnyka l. 1).

Redakcya otrzymała: J. Jaworski: Z dziedziny niebezpieczeństw zawodowych w dobie obecnej. Warszawa 1917. — Dziennik II Zjazdu higienistów polskich. Zeszyt I. — K. Zieliński: Przyczynek do badań nad tyfusem wysypkowym u dzieci (Przegląd pedyatr. T. VII. 1917). — Dłuski: Istota gruźlicy, drogi szerzenia się, sposoby zwalczania. Nakładem Tow. walki z gruźlicą w N. Targu. 1917. — Bednarski: Okulistyka ziołopisów polskich. Lwów 1917. (Wyd. Towarzystwa dla popierania nauki polskiej).

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w lipcu 1917.

Gazeta lekarska Nr 25—29.: Starkiewicz: Chondrodystrophia foetalis (25). — Domaszewicz (dok. 25). — Sokołowski: Odbudowa kraju, a walka z gruźlicą (26). — J. Jaworski: Z patologii socyalnej chorób kobiecych (26). — Serkowski: Negatywne barwienie bakteryi (26). — Puławski: Ś. p. Dr Strzyżowski (27). — Karwacki: Zakażenie obiegu krwi przez prątki Kocha w gruźlicy doświadczalnej (27). — Szumlański: Stan sanitarny kraju (27). — Kopczyński: W sprawie umiejscowienia anatomicznego aleksyi.(28—29). — Erlichówna: Dwa przypadki ostrego obrzęku skóry z krwawemi wybroczynami (28). — Zieliński: Nowy zabieg leczniczy w tyfusie wysypkowym (29).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 25—29: Margolis: O leczeniu biegunki krwawej szczepionką (25). — Zamenhof: Kilka uwag o przewodnictwie kostnem (dok. 25). — Hewelke: W sprawie rejestracyi suchotników w Warszawie (26). — Biehlerowa: Choroby zakaźne a szkoła (26). — Hertz: Choroby ucha na wojnie i ich leczenie (27—29).

Polski Miesięcznik lekarski 1918 Z. 3: Janowski: Uproszczony sposób doraźnego oryentowania się w szybkości tętna.— A. Landau: Kilka uwag o chromaniu przerywanem i zapaleniu tętnic zacieśniającem. — Bratkowski: Wydzielanie soku żołądkowego, a fermenty tegoż soku w moczu. — Certowicz-Biernacka: O kontroli szczepionek w M-skiej pracowni Związku ziemstw.

Zdrowie Z. 6.: Bacia: Ruch urodzeń i śmierci w parafiach warszawskich w latach 1913—1916. — Sz. Starkiewicz: 10 przypadków wrodzonej ślepoty pochodzenia głodowego u noworodrodków. — S. Sterling: Gruźlica w Łodzi. Plan walki.

Kronika dentystyczna Nr 7.: Friedberg: W sprawie amputacyi i impregnacyi miazgi zębowej — Krakowski (c. d.).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

KONKURS.

L. 521/17.

Z dniem 15 sierpnia 1917 r. nadaną zostanie posada prowizorycznego

LEKARZA

Kasy brackiej Gal. Akc. Zakładów górniczych w Sierszy. Warunki przyjęcia i pobory służbowe zostaną podane ustnie lub piśmiennie.

Kandydatów (Doktorów wszech nauk lekarskich) zaprasza się niniejszem do przedłożenia do dnia 1. sierpnia 1917 r. na ręce przewodniczącego Zarządu Kasy brackiej nieostęplowanych podań, zaopatrzonych w następujące allegaty:

1. odpis dyplomu lekarskiego;
2. metryka chrztu;
3. życiorys;
4. świadectwa z odbytej praktyki, a w szczególności praktyki chirurgicznej i ginekologicznej.

W podaniu podać należy termin, w którym nastąpić może objęcie posady. 298

Siersza, dnia 15 lipca 1917.

KASA BRACKA
Galic. Akc. Zakładów Górniczych
w SIERSZY.

Schimitzek m. p.
Przewodniczący Zarządu Kasy brackiej.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 31. Kraków, 4. sierpnia 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVI. Kraków, 4. sierpnia 1917. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor Prof. Dr A. Rosner).

Haematometra cervicalis et corporalis nec non haematosalpinx unilateralis uteri bicornis cum cervice septa.

Podał

Doc. Dr January Zubrzycki.

Zboczenia rozwojowe, powstające podczas życia płodowego w narządach rodnych kobiety, wywołują z jednej strony zmiany w ich ukształtowaniu się anatomicznem i topograficznych stosunkach, z drugiej strony zaś powodują cały szereg zaburzeń w życiu płciowem, jak naprzykład: utrudnienie spółkowania, nieprawidłowości miesiączkowania, przeszkody w zastąpieniu i t. d. Pierwsze zaciekawiają anatoma i embryologa; drugiemi zaś z natury rzeczy zająć się musi lekarz chorób kobiecych, — do niego bowiem zwracają się kobiety, dotknięte temi dolegliwościami. Do najczęstszych wad rozwojowych narządów rodnych żeńskich zaliczyć należy wady rozwojowe pochwy i macicy. Jedną z takich wad miałem sposobność spostrzegać w klinice położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell. Opis przypadku poniżej w krótkości podaję.

Dnia 10. I. 1913 zgłosiła się na klinikę chora, Z. H. l. 19, niezamężna. L. dz. 26. 1913. W wywiadach podaje, że pierwszą miesiączkę miała w piętnastym roku życia. Była ona bardzo skąpa i bolesna, a trwała przez pięć dni. Następne peryody, coraz boleśniejsze, przychodziły regularnie co cztery tygodnie. Choroba obecna miała się rozpocząć przed siedmiu tygodniami nagłym bólem w brzuchu i w krzyżach, wymiotami i czkawką. Objawy te po paru dniach ustąpiły. Chora skarży się obecnie na silne parcie na mocz, na zaburzenia w oddawaniu stolca i ból w dolnych częściach brzucha.

Przy badaniu w dniu przyjęcia na klinikę stwierdzono co następuje: Osoba dobrze odżywiona i dobrze zbudowana. W narządach wewnętrznych żadnych zmian wykazać nie można. Owłosienie kobiece zupełnie prawidłowe. Sutki dobrze rozwinięte. Srom dziewiczy prawidłowy, z podściółką tłuszczową prawidłowo rozmieszczoną, błona dziewicza utrzymana, gruba, mięsista, zamyka w formie pierścienia wejście do pochwy; w środku otwór, przez który zaledwo opuszka małego palca przecisnąć się zdoła. Przy badaniu przez odbytnicę stwierdzono: Pochwa długa. Trzon macicy nie powiększony, prawidłowej spoistości leży w elewacyi po stronie prawej. Ponad spojeniem guz wielkości dużej pomarańczy, sięga dnem bardzo nizko w głąb miednicy małej, wybadać go można od tyłu, boku lewego i przodu, przyczem stwierdza się bardzo wyraźne chełbotanie. Na guzie tym wyczuwa się czapkowato siedzącą wyniosłość wielkości brzoskwini, twardą, niepodatną, nie chełboczącą. Na lewo od obu tych guzów i to przeważnie ku górze znajdują się bliżej nie dające się określić opory i nierówności. Całość nieruchoma z macicą silnie spojona, tkwi jakby wmurowana w miednicę małą. Ani lewych, ani prawych przydatków wyczuć nie można.

Dnia 11. I. 1913 wykonano zabieg operacyjny. W uśpieniu chloroformowem poprowadzono cięcie w linii środkowej, od spojenia łonowego aż po pępek. Po otwarciu otrzewnej okazało się, że pętle jelit, pozrastane ze sobą i ze zgrubiałą siecią, przykrywają jakby dachem zawartość miednicy małej. Po rozdzieleniu tych zrostów uwidoczniła się dopiero prawidłowej wielkości macica przesunięta ku stronie prawej. Prawe jej przydatki rozwinięte prawidłowo, niezmienione; lewych przydatków brak. Natomiast po stronie lewej znajduje się guz, stwierdzony przy badaniu ginekologicznem, wyraźnie chełboczący, zrośnięty w dolnej części ścisle z macicą, leżącą po jego prawej stronie. Na guzie tym umieszczony jest trzon macicy lewostronnej, powiększony i twardy. Przydatki lewostronne, odchodzące od lewego rogu tej macicy, są ściśle posklejane i pozrastane z licznemi pętlami jelit. Po rozdzieleniu tych zrostów częściowo na ostro, częściowo zaś na tępo stwierdzono, że przydatki są znacznie zgrubiałe i silnie zrośnięte z otoczeniem w jamie Douglasa. Przy uwalnianiu ich pękł jajowód, przyczem wydobył się z niego płyn ciemny, mazisty. Opisany już powyżej guz leży wśród tkanki łącznej miednicy małej i schodzi bardzo nizko ku dołowi. Ścianę jego tworzą włókna mięsne, przechodzące bezpośrednio w warstwę mięsną tak prawo jak i lewostronnej macicy.

Z powodu zmienionych stosunków topograficznych zabieg sam sprawiał niemałe trudności techniczne. Pomimo to jednak opisany guz wraz z trzonem lewostronnej macicy i lewostronnymi przydatkami w całości usunięto, wyłuszczając go z otoczenia i odcinając od szyi prawostronnej macicy. Ranę w miednicy małej, po przywróceniu, o ile to tylko było możliwem, stosunków topograficznych prawidłowych, przykryto otrzewną i jamę brzuszną zaszyto. Chora opuściła klinikę wyleczona, po przebyciu poprzednio zupełnie prawidłowego, niebolesnego peryodu.

Usunięty guz przedstawiają zdjęcia fotograficzne (Fig. 1 i 2).



Fig. 1.

Na rysunku pierwszym (Fig. 1) przedstawiony jest w całości guz usunięty operacyjnie. Trzon macicy (a) przechodzi w dolnej części w guz (b) wielkości dużej pomarańczy, bardzo wyraźnie chełboczący. Ściana tego guza (b) utworzona jest z włókien mięsnych, przechodzących bezpośrednio w trzon. Guz ten nie jest więc niczem innem, jak tylko rozdętą szyją macicy lewostronnej. Z lewego rogu jej trzonu odchodzą, jak to wyraźnie widać na fotografii, lewostronne chorobowo zmienione przydatki (c).

Po utrwaleniu w formalinie preparat przecięto podłużnie. Przekrój ten przedstawia fotografia druga (Fig. 2).

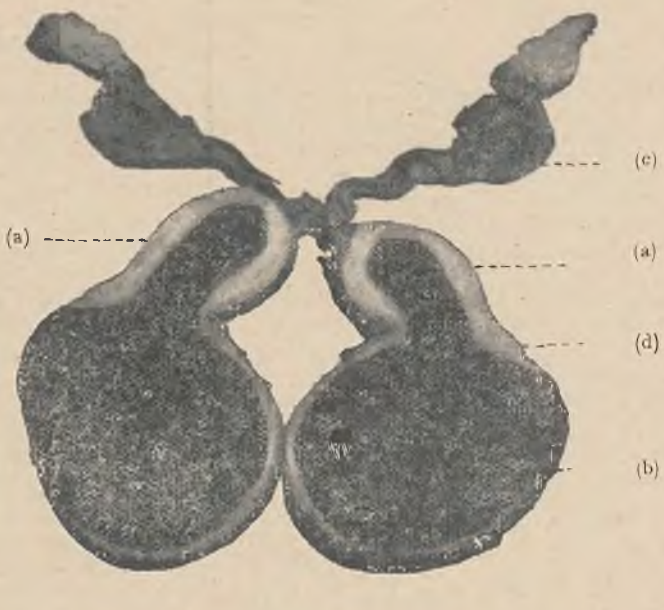


Fig. 2.

Gruba ściana trzonu (a) przechodzi bezpośrednio w wyraźnie cieńszą ścianę szyjki (b). Tak wnętrze trzonu macicy, jak i wnętrze nadmiernie rozdętej szyjki wypełnione są nagromadzoną z biegiem czasu krwią miesiączkową, która jak to na przekroju widać, znajduje się także i w rozszerzonym przewodzie jajowodu (c). Granica pomiędzy trzonem macicy, a jej szyjką jest bardzo ostra (d) i wpada w oczy głównie przez kontrast grubości ich ścian.

Badając histologicznie szereg kawałków, wyciętych ze ściany jajowodu z różnych miejsc trzonu i szyjki macicy, stwierdziłem, że nabłonek wyścielający je, w znacznej części preparatów był zupełnie prawidłowy i nie przedstawiał żadnych zmian, których powodem mógłby być ewentualnie silny ucisk, wywołany przez nagromadzoną w znacznej ilości krew. W nielicznych zaledwo miejscach zauważyłem, że był on nieco niższy, jakby przypłaszczony.

Zrozumienie opisanego przezemnie przypadku, przedstawiającego wrodzoną, rozwojową wadę macicy wraz z jej następstwami nie natrafia na większe trudności. Szczegółowe opisywanie mechanizmu powstawania tej wady zaprowadziłoby nas zadaleko. Wspomnę więc tylko pokrótce, że skutkiem nieprawidłowego rozwoju przewodów Müllera, stanowiących w pewnym okresie życia zarodkowego zawiązek pewnej części przyszłych narządów płciowych, wytworzyła się w tym przypadku macica dwurożna (uterus bicornis) z dwudzielną szyją (cervix septa). Macica prawostronna była czynna zupełnie prawidłowo, w macicy zaś lewostronnej wskutek zamknięcia ujścia zewnętrznego szyjki zaczęła się, z chwilą dojścia do dojrzałości płciowej, gromadzić krew miesiączkowa, wiodąc z czasem do wytworzenia się tak zwanej »haematometra et haematosalpinx unilateralis«. Cierpieniu temu towarzyszyły dolegliwości podmiotowe, jak bóle podczas miesiączkowania, zwiększające się z każdym nowym peryodem, objawy ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy, wywołane wytwarzaniem się opisanego powyżej guza w miednicy małej. Dalszem następstwem tych zmian było ograniczone zapalenie otrzewnej okołomacicznej, które doprowadziło do licznych zrostów jelit i sieci z otoczeniem.

Omawiając choćby tylko pobieżnie wady rozwojowe narządów rodnych kobiety, trudno nie wspomnieć o tem, że najwięcej ich odmian spotykamy właśnie w obrębie macicy i pochwy, a to prawdopodobnie dla tego, że nieprawidłowości w kształtowaniu się zarówno jednej, jak i drugiej, z nieznanych nam bliżej przyczyn w każdym okresie ich rozwoju wystąpić mogą. W życiu pozamacicznem mają zboczenia rozwojowe nietylko pod względem teoretycznym ale i praktycznym bardzo ważne znaczenie. Wywołują one bowiem nierzadko, jak to na początku wspomniałem, zaburzenia w życiu płciowem kobiety, a nawet mogą wśród pewnych warunków spowodować powikłania, zagrażające jej życiu. Zależnie od rodzaju wady rozwojowej, od objawów, jakie ona wywołuje, jak niemniej od przebiegu klinicznego całej sprawy chorobowej, musimy nasze postępowanie lecznicze bardzo indywidualizować. Przewodnią jednak jego myślą i celem powinna być zawsze dążność do przywrócenia stosunków o ile możności najbardziej zbliżonych do prawidłowych stosunków anatomicznych. Nie zawsze jednak da się to uskutecznić i w takich razach należy dotkniętej cierpieniem stworzyć przynajmniej warunki, umożliwiające jej życie płciowe. Nawiązując do spostrzeganego przezemnie przypadku wspomnę w kilku słowach o sposobie leczenia następstw wynikłych z powodu wytworzenia się podwójnych lub przynajmniej częściowo podwójnych narządów rodnych kobiecych, powikłanych niedrożnością szyjki macicy lub górnego odcinka pochwy.

Głównym skutkiem tych wad rozwojowych jest nagromadzenie się krwi miesiączkowej w macicy, a później i w jajowodach (haematometra et haematosalpinx). Zrozumieć łatwo, że w przypadkach takiej niedrożności kanału rodnego, połączonej z podwójnem wytworzeniem się, choćby tylko częściowem pewnych odcinków wewnętrznych narządów rodnych kobiety, jedynie tylko zabiegiem operacyjnym możemy chorej przynieść ulgę. Nie wdając się tu w szczegółowy opis techniki i metod operacyjnych, któremi w tych razach posługiwać się możemy, zaznaczę tylko, że zabieg wykonany być może bądź to od strony pochwy, bądź też od strony jamy brzusznej. Wybór metody operacyjnej musimy uzależnić od całego szeregu najrozmaitszych czynników. Głównem zadaniem zabiegu, wykonanego od strony pochwy, jest otwarcie niedrożnego ujścia zewnętrznego, usunięcie nagromadzonej w macicy krwi miesiączkowej i stworzenie dla niej stałego odpływu na później (hysterotomia). Zabieg ten wskazany na ogół jest wówczas, jeżeli przypadek sam przez się nie przedstawia zbytnich powikłań, jeżeli jeszcze nie doszło do nagromadzenia się nadmiernej ilości krwi w macicy, a przedewszystkiem w jajowodach, lub też, jeżeli usunięcie chorobowo zmienionej macicy jest przeciwwskazanem n. p. gdy nagromadzenie się krwi nastąpiło właśnie w macicy zdolnej do fizyologicznej swej czynności. We wszystkich bardziej skomplikowanych i powikłanych przypadkach pierwszeństwo oddać należy operacyi od strony powłok brzusznych. Tylko bowiem laparatomia umożliwia dokładne obejrzenie pola operacyjnego i patologicznie rozwiniętych narządów rodnych, jak niemniej ułatwia zoryentowanie się w zawiłych stosunkach anatomicznych, z jakimi w tych razach prawie zawsze się spotykamy. Zmienione bowiem warunki topograficzne przy nieprawidłowym rozwoju części rodnych kobiecych utrudniają w wysokim stopniu zabieg drogą pochwową, a nawet niejednokrotnie mogą go uczynić zupełnie niemożliwym, co nierzadko zdarza się w przypadkach podwójnie lub częściowo podwójnie rozwiniętych narządów rodnych. Rękoczyn, którym wówczas najczęściej się posługujemy, polega na usunięciu jednostronnej macicy i jej przydatków, przy pozostawieniu zupełnie prawidłowo czynnej macicy drugostronnej wraz z prawidłowym jajowodem i jajnikiem (hemiamputatio uteri [Sänger] Werth). Łatwo zrozumieć, że operacya ta, na którą często decydujemy się dopiero po obejrzeniu stosunków topograficznych w miednicy małej, drogą pochwową jest prawie nie wykonalna, od strony zaś jamy brzusznej wykonać się daje bez większych trudności. Stosujemy ją naogół w tych przypadkach, w których pozostawiona w jamie brzusznej macica drugostronna posiada warunki potrzebne do prawidłowej czynności fizyologicznej. Niemniej jednak zdarzyć się może, że po usunięciu nieprawidłowej i zbytecznej części narządów rodnych, pozostawiona część zdrowa fizyologicznej czynności w pełnem znaczeniu tego słowa (ciąża, poród) nie mogłaby wykonywać. W tych razach zmuszeni jesteśmy, z łatwo zrozumiałych względów wykonać zabieg dodatkowy, zapobiegający na przyszłość ewentualnym, groźnym powikłaniom, wynikłym skutkiem zajścia w ciążę. Mam tu na myśli rękoczyn, znany pod nazwą »sterilisatio tubaria«, który niejednokrotnie rozstrzyga o wyborze drogi operacyjnej. Głównym jednak i decydującym momentem o rodzaju zabiegu jest stwierdzenie lub choćby tylko przypuszczenie (ugruntowane na podstawie wywiadów, czy też badania ginekologicznego), że nietylko w jamie macicy, lecz także we wnętrzu jajowodu doszło już do nagromadzenia się krwi miesiączkowej (haematosalpinx). Powikłanie to nie należy do zbyt rzadkich i stanowi bezwzględne wskazanie do wykonania zabiegu od strony jamy brzusznej. Skłania nas do tego głównie spostrzeżenie Rosego, który pierwszy zwrócił uwagę na samoistnie występujące, groźne w swoich następstwach pęknięcia ścian jajowodu w takich przypadkach. Uwzględniając tę możliwość i chcąc uchronić chorą przed niebezpieczeństwami, wynikłemi z tego powikłania (krwotok, zapalenie otrzewnej), wszyscy operatorowie i klinicyści godzą się jednomyślnie na konieczność usunięcia jajowodu, zawierającego krew miesiączkową w znaczniejszej ilości. Dostęp zaś do jajowodu ze względu na zmienione stosunki topograficzne i anatomicznie łatwiejszy jest w takich razach od strony

jamy brzusznej i wogóle sam zabieg, wykonany drogą laparotomii, nie przedstawia tyle trudności technicznych, jest bezpieczniejszy i trwa bezwarunkowo krócej aniżeli ten sam zabieg wśród tych samych ciężkich warunków, wykonany drogą pochwową.

Z powyższego łatwo zrozumieć, dlaczego w naszym przypadku operowaliśmy przez powłoki brzuszne, jak niemniej, jaki i dlaczego zabieg wykonano. Trudności wynikłe podczas samego rękoczynu skutkiem licznych zrostów otrzewnowych, zmienionych stosunków topograficznych, jak niemniej i położenia rozdętej przez nagromadzenie się krwi macicy lewostronnej, byłyby przy zabiegu od strony pochwy przeszkodami nie do usunięcia. Przypuszczenie zaś, że istnieje nagromadzenie się krwi w trąbce i że chora przebyła miejscowe zapalenie otrzewnej, uprawniało aż nadto do obrania tej właśnie metody operacyjnej.

Powyższe wywody, zastosowane w praktyce, znalazły poparcie w pomyślnym wyniku samego zabiegu, przy pomocy którego uwolniliśmy chorą od całego szeregu dolegliwości, nie pozbawiając jej równocześnie warunków do zupełnie prawidłowego życia płciowego.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Reinfectio syphilitica.

Podał

Dr Franciszek Walter.

(Ciąg dalszy).

Z ogólnej liczby 43% odpowiadałoby żądanym warunkom. Uderzającym jest w statystyce większy odsetek powtórnego zakażenia w przypadkach leczonych samym salwarsanem. Nasuwałoby to wątpliwości, czy nie są to przypadki rzekomo pierwotnych zmian albo zmian drugorzędnych, podobnych do zmian pierwotnych.

Pierwszy podniósł tę wątpliwość Frieboes; przypadki jego należą do zmian drugorzędnych. Podobne przypadki ogłasza Müller, gdzie zmiana podobna do pierwotnej usadowiła się tuż obok blizny po pierwszej zmianie pierwotnej; wynik badania co do krętków bladych był dodatni, odczyn Wassermanna ujemny, a odczyn luetynowy dodatni; możliwość natomiast drugiego zakażenia była wyłączoną. Również przypadki Ravout, jak i Gauchera, Veressa, Oppenheima, zaliczyć należy do zmian drugorzędnych. Tak więc wiele tych rzekomych powtórnych zmian pierwotnych, ogłaszanych za pewne, uważać należy za nieprawdziwe, a scharakteryzować je musimy, jako zmiany rzekomo pierwotne (Hoffmann), które przyjąć należy za wykwit drugorzędny, podrażniony wpływami zewnętrznemi i przybierający dlatego postać, podobną do zmiany pierwotnej; dalej mogą to być również zmiany drugorzędne odosobnione (Solitärsekundäraffekt Thalmann). Przez zastosowanie energicznego leczenia jad kiłowy został tu prawdopodobnie zupełnie zniszczony z wyjątkiem jednego miejsca, w którem krętki blade utrzymywały się; te ogniska rozwijają się następowo, jak gdyby jad w to miejsce na nowo wtargnął, tworzy się podejrzana zmiana; nawet może dojść do zajęcia i powiększenia sąsiadujących gruczołów limfatycznych, a nawet do wysypki. I to stanowi trudność rozróżnienia od prawdziwej reinfekcyi; kierować się można jedynie siedzibą nowej zmiany, możliwością zakażenia (coitus impurus), czasem wylęganie, okresem czasu wolnym od jakichkolwiek objawów między pierwszem a drugiem zakażeniem. W każdym razie nawet takie przypadki przemawiałyby na korzyść dzisiejszego leczenia, po którem następowałoby wyjałowienie ustroju z krętków bladych aż do jednego tylko ogniska.

W podobny sposób zapatruje się na sprawę reinfekcyi także i Müller[1]). Sądzi on, że w przypadkach, podejrzanych o powtórne zakażenie kiłowe, zachodzić mogą 3 ewentualności:

1) Reerosio: rozpad ponowny już pokrytej naskórkiem zmiany pierwotnej.

2) Papula chancriformis: wykwit drugorzędny, podobny klinicznie i bakteryologicznie do zmiany pierwotnej, występujący już nie w miejscu poprzedniej zmiany, nawet z następowem zajęciem poblizkich gruczołów limfatycznych.

3) Reinfectio sensu stricto: wystąpienie w pewien czas po pierwszem zakażeniu, przebytem bez śladu, zmian drugorzędnych w postaci świeżej wysypki w związku ze zmianą, klinicznie i bakteryologicznie podobną do zmiany pierwotnej.

Müller omawia w pierwszej swej pracy 26 przypadków, które zalicza do tych trzech grup. Wspólną dla tych przypadków cechą było występowanie wykwitu podobnego do zmiany pierwotnej, odczyn Wassermanna ujemny lub słabo dodatni, wzmagający się z rozwojem klinicznym zmiany podejrzanej, że jest pierwotną.

Bliższe jednak rozpatrzenie tych przypadków, nie wytrzymuje krytyki co do prawdziwej reinfekcyi. Przypadki, zaliczone do grupy »reerosio« nie były według naszych pojęć dostatecznie leczone; również okres czasu, dzielący oba zakażenia, bywał zbyt krótki. Powstawanie tych zmian przypisać należy pozostałym w pewnej ilości krętkom bladym, które po pewnym czasie znów poczęły się rozwijać.

Trudniej już wytłómaczyć przypadki, należące do grupy drugiej. Wykwit wtórny, podobny do zmiany pierwotnej, występuje zwykle w blizkiem sąsiedztwie pierwszej zmiany pierwotnej. Odczyn Wassermanna z początku ujemny, staje się coraz silniej dodatnim, wraz ze stopniowem powiększaniem się sąsiadujących z wykwitem gruczołów limfatycznych. Do obrazu zupełnej i prawdziwej reinfekcyi brakłoby tylko wysypki. Jednak dalsza obserwacya nie potwierdziła możliwości wystąpienia wczesnych zmian drugorzędnych; również okres wylęgania i dalszy przebieg kliniczny całego cierpienia był inny, jak przy prawdziwej zmianie pierwotnej. Leczenie zastosowane w tych przypadkach, podobne do leczenia w grupie pierwszej, było niewystarczające, a rozpoczynane bywało już w okresie choroby, gdy odczyn Wassermanna był dodatni. Czas, dzielący oba zakażenia wynosił mniej więcej rok. Należałoby więc uważać ten wykwit za szczególną zmianę nawrotową drugorzędną, a wystąpienie tej drugiej zmiany rzekomo pierwotnej w innem miejscu, niż pierwsza, tłómaczyłoby się usadowieniem jednak w zakresie dróg limfatycznych pierwszej zmiany, gdzie też krętki blade mogły znaleść przez czas pewien schronienie.

Nawet przypadków trzeciej grupy, gdzie do typowej zmiany przyłączyły się później objawy drugorzędne o charakterze zmian wczesnych, nie uważa Müller za przypadki koniecznie prawdziwej reinfekcyi, chociaż przeciąg czasu dzielący pierwsze i drugie zakażenie wynosił więcej, niż rok. Okoliczność, że w przypadkach grupy drugiej, mimo stopniowego powiększania się gruczołów limfatycznych, wzmagającego się odczynu Wassermanna, nie doszło do wystąpienia wczesnych zmian drugorzędnych, tłómaczy Müller tem, że przyczynę stanowią niedokładnie jeszcze znane warunki immunizacyjne, pozostałe po pierwszej zmianie. Gdzie jednak te zmiany odpornościowe ustąpiły, dołączyła się do tych rzekomo pierwotnych zmian i wysypka.

Na poparcie swych dowodów przytacza Müller przypadki Gennericha, który odpowiednio do zmian w nasileniu leczenia otrzymywał coraz mniejszy odsetek rzekomych reinfekcyi. Należy więc uważać te przypadki tylko za »sclerosis ex residuo«, gdzie dzięki wczesnemu i energicznemu leczeniu nastąpiło zniszczenie krętków bladych w ustroju, z wyjątkiem jednego ogniska, z którego dopiero następowo rozwijają się monorecydywy, podobne klinicznie i bakteryologicznie do zmian pierwotnych, z następstwem zwykłych objawów, towarzyszących prawdziwym pierwotnym zmianom. Również możnaby sobie wytłómaczyć i zachowanie się odczynu Wassermanna. Przypadki prawdziwych reinfekcyi możliwe są tylko wtenczas, gdy leczenie podjęto w bardzo wczesnych okresach, przy odczynie Wassermanna ujemnym, gdzie kiła była jeszcze sprawą miejscową bez rozsiania się jadu po ustroju, a nowa zmiana pierwotna nie jest usadowioną w zakresie dróg limfatycznych pierwszej zmiany.

Na podstawie dalszych nowo spostrzeganych przypadków, dochodzi Müller do przekonania, że leczenie nasze stosowane we wczesnych okresach kiły nie jest jeszcze zupełnie doskonałe, a leczenie poronne, podjęte w późniejszych okresach drugorzędnych, prawie zawsze da wyniki ujemne. Ani brak nawrotów, ani ujemny odczyn Wassermanna, ani badania płynu mózgowordzeniowego, nie mogą dowieść, że kiła zupełnie została wyleczona, gdyż nawrot serologiczny lub kliniczny choroby (monorecydywy) może się zjawić nawet po dłuższym okresie czasu.

---

[1]) Rudolf Müller: Über Sclerosenbildung bei mit Salwarsan behandelten Syphilitikern; Derm. Zeitschr. 1916. H. 7. — Reinfektionen und Reidubisklerosen; Archiv. f. Derm. u. Syph. 1916. H. 4.

Przystępuję obecnie do omówienia 5 przypadków powtórnego zakażenia kiłowego, spostrzeganych przezemnie w ostatnich latach.

1) J. P. l. 29, urzędnik, zgłasza się 5. II. 1915 r. z owrzodzeniem na skórze prącia, trwającem od 6 tygodni.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany, wewnętrzne narządy bez zmian. Mocz wolny od białka i cukru. Narządy rodne; na grzbietnej stronie skóry prącia $1^1/_2$ cm od brzegu napletka zmiana pierwotna, wielkości 20 halerzówki, częściowo już od brzegów pokryta naskórkiem. Daje się wyczuć wybitna podkładka twarda. Co do krętków bladych badano kilkakrotnie z wynikiem ujemnym. Gruczoły pachwinowe, zwłaszcza po stronie prawej, powiększone, twarde, nie bolesne; w rowku mięśnia dwugłowego przedramienia i szyjne nie badalne. Skóra tułowia, klatki piersiowej, na dłoniach i stopach, błony śluzowe jamy ustnej i odbytnicy bez zmian.

Odczyn Wassermanna ++++.

Rozpoznanie: Sclerosis initialis in st. reparat. ad cutem penis. Scleradenitis inguinalis.

Leczenie: 7. II. I Inj. Hydrarg. salicyl. 0·075. — 8. II. Na tułowiu i bokach klatki piersiowej wysypka plamista, o charakterze wczesnej. — 10. II. II Inj. Hg. sal. 0·1. — 11. II. Wysypka utrzymuje się o żywszem zabarwieniu. Białkomoczu niema. — 14. II. III. Inj. Hg. sal. 0·1. Wysypka przybladła, gdzieniegdzie pojedyncze plamki. — 20. II. IV Inj. Hg. sal. 0·1. Zmiana pierwotna, pokryta w zupełności naskórkiem wysypka ustąpiła bez śladu. Gruczoły pachwinowe nieco mniejsze. Białkomoczu niema. — 22. II. Wstrzyknięcie śródżylne neosalvarsanu 0·45 w 10 cm^3 H_2O wyjałowionej; bez odczynu; ciepłota najwyższa 37·1. — 25. II. V Inj. Hg. sal. 0·1. — 1. III. II wstrzyknięcie neosalvarsanu 0·6 w 10 cm^3 H_2O. Bez odczynu. — 3. III. VI Inj. Hg. sal. 0·1. — Białkomoczu niema. — 8. III. III wstrzyknięcie neosalvarsanu 0·6, jak poprzednio. — 9. III. VII Inj. Hg. sal. 0·1. — 14. III. VIII Inj. Hg. sal. 0·1. — 16. III. IV wstrzyknięcie neosalwarsanu 0·75, jak poprzednio. — 20. III. IX. Inj. ol. emer. Neisser 0·08. — 26. III. V wstrzyknięcie neosalwarsanu 0·75, bez odczynu. — 27. III. X Inj. ol. emer. 0·08. Odczyn Wassermanna ujemny. Gruczoły pachwinowe wyraźnie pomniejszone, utrzymują się jeszcze po stronie prawej. — 2. IV. XI Inj. Hg. sal. 0·1.

5. lipca 1915 r. chory zgłasza się celem zbadania. Dotychczas nie zauważył najmniejszych objawów. Badanie błon śluzowych, skóry, narządów rodnych nie wykrywa zmian. Gruczoły pachwinowe nie wyczuwalne. Odczyn Wassermanna ujemny. Z powodu obowiązków wojskowych musi chory wracać z powrotem.

4. VIII. 1916 r. Zgłasza się chory po raz trzeci. Podaje, że od kilku dni zauważył owrzodzenie na prąciu. Przed 3 tygodniami i 4 tygodniami podejrzane dwa stosunki.

Stan obecny: Mocz nie zawiera białka ani cukru. Na skórze i błonach śluzowych zmian niema żadnych. Gruczoły ogólnie nie powiększone. Na brzegu napletka po stronie prawej dolnej powierzchowny ubytek, o brzegach równych, dnie gładkiem, z nieznacznym wyczuwalnym naciekiem. Krętki blade +++. 6. VIII. Odczyn Wassermanna ujemny. Rozpoczęto 5. VIII. leczenie (neosalw. 0·6 i Hg. sal. 0·1). Po 2 wstrzyknięciach neosalwarsanu w ilości 1·2 cm i 3 wstrzyknięciach rtęciowych (Hg. salicyl. à 0·1) musiał chory powracać do obowiązków wojskowych. Zmiana po pierwszem wstrzyknięciu pokryta naskórkiem.

W półtora roku po stwierdzeniu zakażenia i rozpoczęciu leczenia we wczesnym drugorzędnym okresie zgłasza się chory ze zmianą, podobną klinicznie i bakteryologicznie do zmiany pierwotnej, bez zajęcia gruczołów sąsiadujących, z odczynem Wassermanna ujemym. Okres czasu 18-miesięczny wolny był od nawrotów klinicznych i serologicznych.

Leczenie przeprowadzono energicznie, również podjęcie podejrzanego stosunku płciowego w czasie krytycznym przemawiałoby na korzyść reinfekcyi. Jedynie usadowienie się tej zmiany w obrębie dróg limfatycznych pierwszej zmiany pierwotnej przemawiałoby na korzyść »sclerosis ex residuo«. Wprawdzie również i czas, w którym podjęto leczenie, nie był korzystny dla podjęcia poronnego leczenia i część krętków bladych mogła pozostać w pewnem ognisku i następnie rozwinęła się monorecydywa, podobna do zmiany pierwotnej. Jednak 18-miesięczny okres, wolny od nawrotów, nie przemawiałby za możliwością tak długiego okresu utajenia krętków bladych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Kunstmann: **Die Zukunft unser Kriegsverletzten.** Lipsk. Kürsten.

W cennej swej pracy zastanawia się autor nad przyszłością inwalidów po wojnie, omawiając opiekę społeczną nad ślepymi, głuchymi, niemymi, dalej zawodowe kształcenie uszkodzonych, kwestyę protez, zdolność do pracy i zarobkowania, wybór zawodu i t. p.

Praca ta w obecnej chwili dla każdego lekarza jest bardzo cenną i pouczającą. Klęsk.

Hezel, Marburg, Vogt, Weygandt: **Die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems.** Wiessbaden. Bergmann.

Wspomniani wyżej autorzy omawiają szczegółowo uszkodzenia wojenne nerwów obwodowych (Hezel), mózgu i rdzenia (Marburg), nerwice wojenne (Vogt), jakoteż choroby umysłowe (Weygandt). Praca oparta na bogatem doświadczeniu obecnej wojny, uwzględnia zarazem najnowsze postępy lecznicze. Klęsk.

I. Sprawozdanie Dyrekcyi gimn. realn. w Strzyżowie za rok szkolny 1916/17. W nadesłanym nam sprawozdaniu z prawdziwą radością wyczytaliśmy, że gimnazyum to, walczące ciężko o swój byt, pod względem fizycznego wychowania młodzieży zaliczyć należy do pierwszych zakładów naszego kraju. Dość powiedzieć, że wprowadzono tam naukę na wolnem powietrzu, na wzór klas Morrisa, boiska do zabaw, gimnastyki i gier, ogrodnictwo i pogadanki z zakresu higieny. Uczniów bada i gorąco zajmuje się nimi kol. Dr Biliński. O każdym uczniu prowadzona jest karta w t. zw. Księdze pomiarów i rozwoju sił fizycznych. Prócz tego zakład posiada czytelnię i introligatornię, a uczniowie pod okiem prof. Danielskiego na wycieczkach zbierają i suszą zioła lecznicze. Osoby trzymające uczniów zakładu na stancyi otrzymują z dyrekcyi osobny do tego regulamin, uwzględniający higienę domową ucznia.

Zakładowi tak pożytecznemu, który mimo przebytej inwazyi wprowadza w życie ideały higieny szkolnej, życzyć musimy nadal z serca dalszego powodzenia. Klęsk.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 28. III. 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski, obecnych członków 30.

Po odczytaniu protokółów z dnia 14. i 21. marca przyjęto na członka kolegę Adama Jakubowskiego.

1) Kol. Wysocki przedstawił przypadek **posocznicy** wywołanej przez **ziarenkowca czworaczego** (micrococcus tetragenes). Schorzenie dotyczy kobiety 22-letniej, zamężnej. Ostatni poród przed $2^1/_2$ laty. Początek cierpienia nagły, przed 4 miesiącami, wśród dreszczów powtarzających się 2 razy dziennie, gorączki silnie zwalniającej, tętna 128—132, wymiotów. Badanie przedmiotowe poza nieznacznem powiększeniem śledziony, nieznaczną liczbą świstów i furczeń w oskrzelach, leukocytozą dochodzącą do 9.000, żadnych innych zmian nie wykazało. Badanie natomiast krwi, przeprowadzone 2 razy przez prof. Nitscha, wykazało czystą hodowlę ziarenkowca czworaczego. Następnie omawia kol. Wysocki nieliczne znane dotąd przypadki schorzeń, wywołanych przez tego mikroba, a opisame w literaturze, i dzieli przebieg kliniczny chorób wywołanych przez tego mikroba na dwie zasadnicze części, a mianowicie na cierpienie lokalne, sadowiące się zazwyczaj w okolicy twarzowoszyjnej i na schorzenia ogólne, przebiegające jużto pod postacią posocznicoropnicy, jużto czystej posocznicy. Zaznacza również, że przypadki te bardzo opierają się leczeniu, a w klinice stosuje się obecnie wstrzykiwania śródżylne srebrowego błękitu metyl. (metylenblausilber), z wynikiem na razie wątpliwym. Otrzymano wprawdzie spadki ciepłoty, lecz po kilku dniach, wśród dreszczów, ciepłota się podwyższyła do 38·5, wobec czego wyraża W. przypuszcze-

nie, że trzeba się będzie uciec do innych metod leczenia, a mianowicie do wstrzykiwania podskórnego szczepionki, uzyskanej z hodowli tego mikroba. (Streszczenie własne).

2) Kol. prof. Kader przedstawia a) chorego, który od dzieciństwa cierpiał na ropienie w lewem uchu, i z tego powodu z rozpoznaniem »otitis media chron.« dostał się do kliniki chirurgicznej. Obok ropotoku i gorączki miał chory znaczny obrzęk w okolicy wyrostka sutkowego, bolesność karku i szyi po stronie lewej. Zabieg operacyjny nie wykazał żadnych zmian w komórkach sutkowych, a w uchu środkowem zaledwie tylko obrzęk błony śluzowej, pokrytej lekkim nalotem ropnym. Kosteczki w uchu pozostawiono na miejscu, a dalsze posukiwania stwierdziły obecność **ropnia wewnątrzczaszkowego** powyżej zatoki poprzecznej, ponad wyrostkiem sutkowym. Ropień ten wytamponowano. Po operacyi chory początkowo miał się dobrze; po 23 dniach wystąpiły wymioty i częściowe porażenie n. okoruchowego z podwójnem widzeniem na prawem oku (diplopia monocularis dextra) i prócz tego podwójnem widzeniem obuocznem; razem zatem miał chory potrójne widzenie (triplopia binocularis), t. zn. patrząc obuocznie widział zamiast jednego przedmiotu trzy, patrząc prawem okiem widział każdy przedmiot podwójnie. Prawostronne widzenie podwójne ustąpiło po 4 dniach trwania. Stan ten odnosi K. raczej do rozwijającego się zapalenia opon na podstawie mózgu, niż do obecności drugiego ropnia. W każdym razie uważa za wskazane jeszcze raz chorego operować i przekonać się, czy niema nowego ropnia. (Uwaga: Chorego operowano dnia następnego i ropnia nie znaleziono. Po 2 dniach chory umarł, a sekcya wykazała zapalenie opon na podstawie mózgu ropienie w komórkach mózgowych oraz zakrzep zatoki esowatej).

b) Chorego **z aneurysma arteriovenosum arteriae femoralis dextrae** po ranie postrzałowej.

c) chorego z **zagojoną raną postrzałową prącia**, po odstrzeleniu lewej połowy prącia, które całą długością przyrosło do lewego uda. Cewka moczowa uchodzi na udzie. Chory leczony był w Wiedniu, obecnie będzie poddany operacyi plastycznej.

W dyskusyi przemawiał kol. prof. Majewski: W przypadku pierwszym badanie okulistyczne wykazało, oprócz porażenia prawego nerwu okoruchowego (bez zajęcia źrenicy i akomodacyi), widzenie podwójne jednooczne (diplopia monocularis) na temże oku prawem. Przez zesumowanie tego dwuwidzenia jednoocznego z dwuwidzeniem obuocznem, zależnem od zeza poraźnego, powstaje widzenie potrójne, tak, że chory widzi jeden palec jako trzy palce, 2 palce jako 6, 5 jako 15. Objaw ten wystąpił równocześnie z porażeniem mięśni oka prawego w trzy tygodnie po operacyi, a ustąpił dzisiaj rano. — Diplopia binocularis paralytica jest zjawiskiem zwyczajnem i nie potrzebuje wyjaśnienia. Natomiast diplopia monocularis zasługuje na bliższe omówienie. Rozróżniamy dwa rodzaje dwuwidzenia jednoocznego, zależnie od tego, czy powstaje ono wskutek optycznych zmian w samem oku (niezborność rogówki lub soczewki, aberracya sferyczna, diplocoria, iridodialysis, nadwichnięcie soczewki, cataracta incipiens), czy też istnieje pomimo braku wszelkiej optycznej przyczyny, jak właśnie ma się rzecz u naszego chorego. W pierwszym przypadku powstają na siatkówce 2 obrazy jednego przedmiotu i jest zupełnie zrozumiałe, że każdy z nich z osobna zostaje uświadomiony. W drugim przypadku powstaje niewątpliwie jeden tylko obraz na siatkówce i nie łatwo jest wytłómaczyć, jakim sposobem może on być odczuty podwójnie. O ile mi wiadomo, neuropatologia nie zna analogii podobnego rozwidlenia jednej podniety na dwa równoczesne wrażenia. W histeryi zdarza się nierzadko diplopia, a nawet polyopia monocularis, ale nie podano dotychczas przekonywającego objaśnienia tego objawu. Ze strony okulistycznej zrobiono dotychczas jedną tylko próbę wytłómaczenia genezy dwuwidzenia jednoocznego, istniejącego bez wykazalnej podstawy optycznej (Bielschowski). W niektórych przypadkach zeza towarzyszącego, gdzie nie doszło do zupełnego zaniku widzenia dwuocznego, okolica siatkówki oka zezującego, odpowiadająca plamce żółtej oka zdrowego, nabiera z czasem pewnych własności plamki żółtej, staje się mianowicie punktem wyjścia nowego w tem oku systemu projekcyi obrazków siatkówkowych. Gdy potem zezujące oko czyto wskutek operacyi zeza odzyska prawidłowe ustawienie, czy też wskutek przypadkowej utraty drugiego oka z konieczności stanie się okiem kierującem, wtedy dawna plamka żółta wraca do swoich praw, ale nowa plamka żółta (pseudofovea) swych uzurpowanych praw nie zrzeka się odrazu. Skutkiem tego istnieją w takiem oku równocześnie dwa systemy projekcyi obrazków siatkówkowych i tem się tłómaczy, że jeden obraz, odpowiadający jednemu przedmiotowi, widziany jest w dwóch miejscach pola projekcyjnego, a tem samem widziany jest podwójnie. Tej jedynej hipotezy nie można jednak zastosować do wytłómaczenia dzisiejszego naszego przypadku, a to z trzech powodów: po pierwsze równocześnie z zezem poraźnym wystąpiło zupełne opadnięcie powieki tak, że rzekoma plamka żółta (pseudofovea) nie mogła się wogóle wytworzyć; powtóre nawet w najlepszych warunkach na wytworzenie takiej plamki żółtej rzekomej potrzeba niewątpliwie znacznie dłuższego czasu, a po trzecie, gdyby nawet przypuścić taką przyczynę dwuwidzenia jednoocznego prawego oka w naszym przypadku, to pozostanie niezrozumiałem, dlaczego po uniesieniu porażonej powieki powstaje widzenie potrójne, w takim przypadku bowiem pseudofovea oka prawego i fovea vera oka lewego musiałyby być miejscami siatkówek, odpowiadającemi sobie i obrazki w tych miejscach leżące powinnyby się zlewać w jedno wrażenie. Obok jednoocznego dwuwidzenia istniałoby zatem także obuoczne dwuwidzenie. Ponieważ tak nie jest, przypadek nasz pozostaje nadal zagadką trudną do rozwiązania. (Streszczenie własne).

3) Kol. Kleczkowski wygłosił wykład p. t. **Nowy sposób badania adaptacyi siatkówki i hemeralopii** (z demonstracyą własnego przyrządu). (Wykład w całości będzie ogłoszony drukiem).

W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Majewski: Pozwolę sobie głównie dla tych kolegów, którzy nie zajmują się okulistyką i nie mają tych metod badania w codziennem użyciu, podkreślić w kilku punktach to, co przedstawia »novum« w badaniach Dr Kleczkowskiego. Już sama metoda Bjerruma, która stanowi kanwę dla tych badań, jest znakomitem udoskonaleniem perymetryi klinicznej, ponieważ pozwala przedstawić drobne nawet szczegóły pola widzenia w znacznie powiększonej skali. Należy sobie jednak zdać sprawę z tego, że podobnie, jak pod mikroskopem, tak i tu, im silniejsze jest powiększenie, tem mniejszą część całości obejmuje przedstawiony obraz. To też obrazy, które Dr Kleczkowski rzucał tu dziś na ekran, odnoszą się tylko do bardzo małej, środkowej, co prawda najważniejszej, okolicy pola widzenia. Obwodowych części pola nie można zdejmować zapomocą płaskiej tablicy, gdyż rzuty skośne na płaszczyznę zmieniają kształt granic i ubytków. Tak n. p. ubytek okrągły przedstawi się jako mniej lub więcej wydłużona elipsa. Trzebaby rozporządzać olbrzymią wklęsłą półkulą, aby módz uzyskać wierne zdjęcia całego pola widzenia w tej skali, jaką daje tablica Bjerruma dla środkowej cząstki pola. — Kol. Kleczkowski w swych badaniach zajął się w pierwszym rzędzie adaptacyą, a zatem i hemeralopią, która w swej istocie polega na upośledzeniu lub na braku adaptacyi. Gdy dawniej badano zapomocą różnych przyrządów adaptacyę siatkówki »in toto«, to obecnie dzięki metodzie, opracowanej przez prelegenta, możemy zachowanie się tej adaptacyi i jej sprawność badać okolicami, od miejsca do miejsca i uzyskiwać rodzaj karty geograficznej, mapy adaptacyjnej środkowej okolicy pola widzenia. To, że schematy perymetryczne Kleczkowskiego zdejmowane są stale na szczycie adaptacyi, stanowi, mojem zdaniem, główną zaletę nowej metody. Niema nic bardziej zmiennego, nic bardziej ruchliwego, jak stan przystosowania się siatkówki do kaprysów światła dziennego lub oświetlenia sztucznego. Im jaśniejsze światło, tem mniej wrażliwą staje się siatkówka, im oświetlenie słabsze, tem bardziej wzrasta jej wrażliwość, a dochodzi do szczytu po dłuższem pogrążeniu w zupełnej ciemności. Jeżeli wystarczy zasunąć firanki w oknie, ażeby w przypadku oderwania siatkówki otrzymać przy badaniu perymetrem we dnie — zupełnie inne granice pola widzenia, to widocznem jest, że zdjęcia, wykonywane wśród nieustannych wahań wrażliwości oka, nie mogą dawać prawdziwej miary. Dopiero, gdy w zupełnej ciemności doprowadzimy wrażliwość siatkówki do maximum, które ma dla danego oka pewną wartość stałą i gdy w tym stanie dokonywamy zdjęcia perymetrycznego, to możemy być pewni zawsze stałych i zgodnych wyników. Ponieważ więc badania fotoperymetryczne Kleczkowskiego opierają się na takim pewnym i twardym gruncie, to też dane, jakich jego metoda dostarcza, mogą nabrać w dyagnostyce chorób siatkówki niepośledniego znaczenia. (Streszczenie własne).

4) Kol. Engländer przedstawia przypadek **przepukliny brzusznej u płodu** zmacerowanego **4-miesięcznego** i omawia powstawanie tej anomalii, jakoteż i leczenie tego cierpienia u noworodków. Leczenie może być jużto zachowawcze, jużto operacyjne, szczególnie przy przepuklinach większych. Prelegent zwraca uwagę na rzadkość występowania tego zboczenia (1:5000 porodów) u płodów donoszonych, tem rzadsze u płodów poronionych. Na koniec przytacza z piśmiennictwa przypadek pęknięcia

przepukliny pępowinowej wśród porodu u płodu żywego donoszonego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi nad przypadkiem **makromastyi**, przedstawionej przez prof. Rosnera (14. III. b. r.) zabierali głos: a) kol. Wojciechowski: Nasuwa się myśl, czy nie dałoby się stwierdzić związku między zachowaniem się jajników, a przerostem sutka. Jeżeli tak, to możnaby próbować przez naświetlanie jajników uzyskać pewną poprawę, co szczególnie u młodych byłoby na miejscu. Podwiązanie wszystkich naczyń sutkowych jest z jednej strony technicznie trudne, z drugiej strony wynik jest niepewny (analogia do podwiązania naczyń macicy sposobem Rydygiera przy włókniakach macicy). Przy ewentualnej amputacyi sutka należałoby uwzględnić efekt kosmetyczny przez zastosowanie odpowiedniej plastyki, celem wytworzenia małego sutka. (Streszczenie własne). — b) Kol. Engländer spostrzegał podobny przypadek, w którym badanie histologiczne wykazało czysty przerost. Z faktu, że jego chora mimo makromastyi rodziła, wnosi, że zmian macicy ani jajników nie było. — c) Kol. prof. Kader: Trzeba odróżnić czysty przerost sutka od powiększania się sutka wskutek rozwoju tkanki nowotworowej. W pierwszym przypadku powiększanie sutka odbywa się zupełnie symetrycznie, wskutek czego brodawka nie zostaje przesunięta, w drugim razie wskutek zazwyczaj niesymetrycznego rozwoju nowotworu brodawka zostaje przesunięta.

Zast. sekr. Dr K. Michejda.

Posiedzenie d. 4. VI. 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski, obecnych członków 15.

Przewodniczący wita obecnego na sali gościa docenta Uniwersytetu praskiego Dr Imhofera i odczytuje następnie pismo Dr Józefa Dury z Krzeszowic z podziękowaniem za życzenia, przesłane mu przez Towarzystwo z powodu czterdziestolecia służby lekarskiej. Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z posiedzenia z dnia 28. marca wygłosił

kol. Spira wykład pod tyt.: **Choroby uszne a służba wojskowa.** (Wykład w całości będzie ogłoszony drukiem w »Przeglądzie lekarskim«).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Szkołę dla leczenia wad mowy, dalej szkołę dla jednoręcznych, jakoteż naukę pisania lewą ręką u prawostronnie porażonych, założył w szpitalu rezerwowym c. k. szkoły inwalidów kol. Dr Klęsk. Mamy nadzieję, że kol. Klęsk podzieli się z nami swemi cennemi spostrzeżeniami na tem polu. Dodać tu musimy, że szkoła do leczenia mowy wprowadzoną została w Krakowie pierwsza, a po niej dopiero założono ją w Wiedniu i w innych miastach.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. VII. do 21. VII. 1917 stwierdzono wśród ludności cywilnej: płonicy 2 † — (zamiejscowych 1 † —) przypadków, błonicy 1 (—), duru brzusznego — (1), czerwonki 14 † 1 (2), cholera infantym 10 † 10, jaglica 1, wodowstręt — (1 † 1), róża († 1), kiła 1 † 1 (1 † 1).

Doc. Dr Janiszewski.

Zmarli: Teodor Kocher, profesor chirurgii, w 76 r. ż. w Bernie szwajcarskiem.

Redakcya otrzymała: Pilzer: Ueber Skabies (Krätze) und deren Behandlung mit Erdöl (Rohöl) Kleczany (odb. W. kl. W.).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

KONKURS.

L. 521/17.

Z dniem 15 sierpnia 1917 r. nadaną zostanie posada prowizorycznego

LEKARZA

Kasy brackiej Gal. Akc. Zakładów górniczych w Sierszy. Warunki przyjęcia i pobory służbowe zostaną podane ustnie lub piśmiennie.

Kandydatów (Doktorów wszech nauk lekarskich) zaprasza się niniejszem do przedłożenia do dnia 1. sierpnia 1917 r. na ręce przewodniczącego Zarządu Kasy brackiej nieostęplowanych podań, zaopatrzonych w następujące allegaty:

1. odpis dyplomu lekarskiego;
2. metryka chrztu;
3. życiorys;
4. świadectwa z odbytej praktyki, a w szczególności praktyki chirurgicznej i ginekologicznej.

W podaniu podać należy termin, w którym nastąpić może objęcie posady. 298

Siersza, dnia 15 lipca 1917.

KASA BRACKA
Galic. Akc. Zakładów Górniczych
w SIERSZY.

Schimitzek m. p.
Przewodniczący Zarządu Kasy brackiej.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 32. Kraków, 11. sierpnia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_3$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 11. sierpnia 1917. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

W sprawie odkażania rąk ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii wojennej

podał

Prof. Dr Roman Barącz (Lwów).

(Wykład przeznaczony na Zjazd lekarzy polowych II Armii we Lwowie od 20—22 lutego 1917).

Powszechnie wiadomo, że skóry rąk naszych nie możemy wyjałowić do tego stopnia, ażeby na pożywkach hodowli nie dawała. O pierwszeństwo współubiegają się sposoby, zapomocą których cel ten osiągnąć możemy drogą mechaniczną, chemiczną lub też skombinowaną. Mamy bardzo znaczną liczbę metod, które polecono w celu osiągnięcia wyjałowienia rąk. Wspomnę tu tylko o pracach: Kümmla, Reineckego, Ahlfelda, Króniga i Blumberga, Schleicha, Häglera, Paula i Sarweya, Gottsteina, Mikulicza, Döderleina, P. Schäffera, Mengego, Hahna i wielu innych, którym nauka o wyjałowieniu rąk swój postęp zawdzięcza.

Jakkolwiek zapomocą żadnej z dotychczas podanych metod absolutnego wyjałowienia rąk osiągnąć nie możemy, to jednak zaprzeczyć się nie da, że przy użyciu większości z tych metod operacye aseptyczne z najlepszymi wynikami dają się wykonać. Mała ilość drobnoustrojów, tkwiąca w naskórku rąk, nie jest chorobotwórczą i nie przeszkadza do osiągnięcia dobrych wyników.

Większość jednak metod, pracujących przy pomocy mechanicznego oczyszczania, ma tę niekorzystną stronę, że przy użyciu ich ręce się niszczą, że powstają pęknięcia naskórka i wyprysk, co uniemożliwia powtórzenie wyjałowienia. Także najbardziej używane metody chemiczne i skombinowane, jak metoda Fürbringera wyjaławiania wodą gorącą, alkoholem i środkiem przeciwgnilnym, albo metoda Hanela-Mikulicza, t. j. mycie mydlanym alkoholem i metoda Ahlfelda (odkażanie wodą gorącą i alkoholem) niszczą ręce, ponieważ wymagają mechanicznego oczyszczania szczotką.

Wiadomą jest rzeczą, że im gładsze są ręce operatora, tem mniej są skłonne do przyjęcia drobnoustrojów. Dlatego niektórzy chirurdzy zamiast szczotek, lofy, wiórów drzewnych, używają mydła marmurowego Schleicha lub mydła piaskowego Sängera, mniej niszczących ręce i starają się utrzymać ręce w stanie gładkim przez wcieranie w nie po operacyi gliceryny, maści i t. p.

Badania lat ostatnich wykazały, że wyjaławianie rąk alkoholem może w zupełności zastąpić dawne metody wyjaławiania rąk, przedewszystkiem zaś metodę Fürbringera [1]). Zupełnego wyjałowienia i tą metodą osiągnąć nie możemy, ale metoda ta jest bardzo prosta, daje się przeprowadzić w krótkim stosunkowo czasie, a alkohol daje się przy niej zastąpić spirytusem do palenia (Schumburg). Co się tyczy sposobu działania alkoholu, to prawdopodobnie chodzi tu o stwardnienie naskórka rąk, przez co drobnoustroje w skórze zostają ustalone i w głębszych warstwach skóry zatrzymane (M. v. Brunn). Dopóki to stwardnienie skóry i ustalenie drobnoustrojów trwa, dopóty drobnoustroje nie przedostają się do rany.

Podług Häglera [2]) (Bazylea) chodzi przy alkoholu o jego własność rozpuszczania tłuszczu i odciągania wody, przez co skórę przygotowuje się odpowiednio do działania środków przeciwgnilnych, w wodzie rozpuszczonych.

Podług Schumburga [3]) przy działaniu wyskoku absolutnego nie chodzi ani o stwardnienie otoczek drobnoustrojów, ani o ich ustalenie, tylko o zniszczenie drobnoustrojów wskutek silnego działania odciągającego wodę (parcie osmotyczne).

Zdaniem R. Schäffera [4]) ani własności bakteryobójcze, które ma posiadać alkohol, ani kurczące i stwardzające skórę nie działają odkażająco, tylko własność rozpuszczania tłuszczu i nabłonka stanowią jego wartość jako środka odkażającego. Tę siłę posiada w daleko większym stopniu stężony alkhohol, aniżeli rozwodniony.

M. v. Brun [5]) poleca do odkażania wyłącznie 96% alkohol bez poprzedniego mycia rąk wodą, mydłem i szczotką, ponieważ kurczenie się skóry przez odciąganie wody jest większe przy silnie zgęszczonym alkoholu.

E. Marquis [6]) zdaje sprawę w r. 1913 z wyniku ścisłych badań i klinicznego doświadczenia przy wyłącznem użyciu alkoholu do odkażania rąk i przedramion operującego. Jego zdaniem poprzedzające mycie rąk przeszkadza tylko wnikaniu alkoholu, ponieważ piana mydlana zatyka tylko ujścia gruczołów skórnych. Skóra rąk niepotrzebnie rozmiękcza się, a stężenie użytego alkoholu zmniejsza się. Próby bakteryologiczne wykazały, że po 10 minutowem wycieraniu rąk gazą napojoną alkoholem tylko bardzo mało zarazków się rozwinęło, albo wcale ich nie było.

Z przytoczonych powyżej wywodów widzimy, że jedności pomiędzy chirurgami niema ani co do wyjaśnienia sposobu działania alkoholu, ani co do tego, czy przed jego użyciem należy używać mechanicznych środków oczyszczania rąk czy nie. Także co się tyczy stopnia zgęszczenia alkoholu, użytego do odkażania, są różnice zdań. Jedni polecają 60—70% alkohol, jako najskuteczniejszy (Frey, Gottstein i w. i.), inni dają pierwszeństwo alkoholowi stę-

[1]) por. referat Küttnera w Bericht über die Verhandl. der deutsch. Ges. f. Chir. XL. Zjazd od 19—22 kwietnia 1911. Zentr. f. Chir. 1911, Nr 29, Dodatek.

[2]) Hägler. Händereinigung, Händedesinfektion und Händeschutz. Eine experimentelle und kritische Studie. Basel 1900.

[3]) Deutsche med. Woch. 1912, Nr 9.

[4]) Berl. kl. Woch. 1902, Nr 9 i 10.

[5]) Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 37 Kongres 1908 i Münch. m. Woch. 1908, Nr 17.

[6]) Revue de Chir. 32, Nr 2 i 3 1913.

żonemu lub absolutnemu (Schumburg, M. v. Brunn, Schäffer, Marquis i w. i.).

Na racyonalny pomysł wpadł B. Kozłowski [7]. Wychodząc z zapatrywania, że zarazki najlepiej ustalić się dadzą w skórze i w głębszych jej warstwach tkwić będą, jeżeli operować będziemy rękami, stale pozostającemi pod wpływem alkoholu, poleca Kozłowski po wymyciu rąk zwykłem mydłem i wyjałowioną szczotką i wytarciu gazą napojoną spirytusem, wykonywanie operacyi w rękawiczkach trykotowych napojonych alkoholem. Osiągnął on znakomite wyniki.

Do odkażania rąk używano też mieszaniny alkoholu z innymi środkami przeciwgnilnymi. Jedni używają alkoholu z jodyną 5% (1000:1) z bardzo dobrymi wynikami.

H. Billet [8] osiągnął tym sposobem jałowość rąk, przestrzega jednak przed poprzedniem myciem rąk i uważa je za szkodliwe, ponieważ przez to wniknięcie alkoholu i jodu bywa utrudnione.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Reinfectio syphilitica.

Podał

Dr Franciszek Walter.

(Ciąg dalszy).

2. J. B. ślusarz, lat 22, przyjęty na oddział 30. grudnia 1912 r., z owrzodzeniem na prąciu, trwającem od 3 tygodni.

Stan obecny. Chory średnio zbudowany. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz nie zawiera białka ani cukru. Na skórze tułowia i klatki piersiowej wybitnie zaznaczony łupież pstry (pityasis versicolor). Skóra dłoni i stóp bez zmian, również i błony śluzowe. Gruczoły pachwinowe miernie powiększone, nie bolesne. W rowku żołędnym kilka (3) ubytków różnej wielkości o brzegach równych, dnie czystem, o wybitnym nacieku w kształcie podkładki chrząstkowatej. Krętki blade +++. Odczyn Wassermanna słabo dodatni ++.

31. XII. wlewanie śródżylne salwarsanu 0·4 w 200 cm³ wyjałowionego 0·4% rozczynu soli kuchennej. Odczyn: biegunka, dreszcze, bóle głowy. Ciepłota 38·6. — 2. I. 1913. I Inj. Hg. sal. 0·05. — 7. I. II Inj. Hg. salic. 0·1. Białkomoczu niema. — 12. I. III Inj. Hg. salic. 0·1. Zmiany pierwotne pokryte naskórkiem w zupełności. — 14. I. Drugie wlewanie śródżylne 0·4 salwarsanu w 200 cm³ rozczynu soli. Bóle głowy. Ciepłota 37·9. — 20. I. IV Inj. Hg. sal. 0·1. — 25. I. V Inj. Hg. salic. 0·1. — 30. I. VI Inj. Hg. odczyn Wassermanna ujemny. — 5. II. VII Inj. Hg., a 10. II. VIII Inj. Hg. Chory na własne żądanie zostaje uwolniony z oddziału. Zmiany pierwotne w zupełności zabliźnione, gruczoły pachwinowe nie wyczuwalne.

10. sierpnia 1916 r. zgłasza się chory po raz wtóry. Przez ten czas nie zauważył żadnych zmian. Przed 4 tygodniami stosunek płciowy podejrzany; od 10 dni zauważył chory owrzodzenie na skórze prącia.

Stan obecny: jak po raz pierwszy. Mocz nie zawiera cukru ani białka. Na skórze prącia od strony grzbietowej ubytek wielkości halerza, o cechach zmiany pierwotnej. Krętki blade +++. Gruczoły pachwinowe nieco po stronie prawej powiększone, inne gruczoły niebadalne. Odczyn serologiczny Wassermanna bardzo słabo dodatni +. Rozpoczęto leczenie rtęciowe (Hg. salicyl.) i wstrzykiwania salwarsan natrium.

W 3½ lat po skończonem leczeniu poronnem zgłasza się ten chory po raz wtóry z wykwitem o cechach zmiany pierwotnej, tak klinicznie jak i bakteryologicznie stwierdzonych, z zajęciem gruczołów pachwinowych, odczynem Wassermanna słabo dodatnim. Leczenie pierwsze nie zbyt energiczne ale dość silne (chory nie chciał się poddać dalszemu leczeniu).

Typowość drugiej zmiany pierwotnej, zajęcie gruczołów, odczyn serologiczny, a przedewszystkiem bardzo długi okres, wolny od nawrotów klinicznych, przemawia za reinfekcyą. Wprawdzie nie było sposobności badania odczynu Wassermanna w okresie 3-letnim, ale przypuszczać możemy, że był ujemny. Również siedziba nowej zmiany, nie sąsiadującej ze zmianą pierwszorzędną przemawia za reinfekcyą.

3. B. K., lat 36, żonaty, maszynista, dnia 21. XI. 1913 zgłasza się na oddział z powodu owrzodzenia na wewnętrznej blaszce napletka; trwającego od 6 dni. Ostatni stosunek płciowy pozamałżeński przed 22 dniami.

Stan obecny: Budowa dobra. Narządy wewnętrzne bez zmian, skóra tułowia, klatki piersiowej, również i błony śluzowe bez zmian. Mocz nie zawiera białka, ani cukru. Na wewnętrznej blaszce napletka ubytek wielkości halerza, płytki o dnie gładkiem połyskującem. Krętki +++. Gruczoły pachwinowe, szyjne i t. d. nie badalne. Odczyn Wassermanna ujemny.

Leczenie ambul. 22. XI. 1913. Pierwsze wlewanie śródżylne starego salwarsanu 0·4 na 150 cm³ wyjałowionego rozczynu 0·4% soli kuchennej. Odczyn: bóle głowy, wymioty, ciepłota 38·9. — 23. XI. I Inj. Hydrarg. salicyl. 40%. Zieler 0·1. — 27. XI. II Inj. Hydr. salic. — 2. XII. III Inj. Hydr. salic. Białkomoczu niema. Zmiana pierwotna pokryta w zupełności naskórkiem. — 6. XII. IV Inj. Hydr. salic. — 7. XII. Drugie wlewanie śródżylne salwarsanu 0·4 w 200 cm³ rozczynu soli kuchennej. Odczyn: dreszcze, bóle głowy. Ciepłota 38·1. — 11. XII. V Inj. Hg. sal. 0·1. — Chory nie zgłosił się do dalszego leczenia.

1. lipca 1916 zgłasza się chory do ambulatoryum oddziału podając, że od 3 tygodni zauważył na brzegu napletka owrzodzenie. Przed 4 tygodniami stosunek podejrzany.

Stan obecny: Jak poprzednio. Mocz nie zawiera białka ani cukru. Skóra, błony śluzowe wolne od zmian. Na brzegu napletka od strony grzbietowej, zmiana o cechach typowej zmiany pierwotnej z podkładką chrząstkowatą. Krętki ++. Gruczoły pachwinowe powiększone, twarde, zwłaszcza po stronie lewej. Odczyn Wassermanna słabo dodatni +.

Rozpoczęto leczenie poronne: 2. VII. I Inj. Hg. sal. 0·1.— 3. VII. I wstrzyknięcie śródżylne salwarsan-natrium 0·45 w ilości 20 cm³ wyjałowionej wody. Bez odczynu. Ciepłota 37·2. — 6. VII. II Inj. Hg. sal. 0·1. — 10. VII. II wstrzyknięcie śródżylne salwarsan-natrium 0·6 w 20 cm³ wody wyjałowionej odczyn Wassermanna wybitniej dodatni +++. (Skala Citrona). — 11. III Inj. Hg. sal. 0·1. — Leczenie prowadzono dalej aż do wykonania 4 wstrzyknięć śródżylnych salwarsan natrium w ilości 2·40 gr. i 10 wstrzyknięć Hg. sal. à 0.1. Odczyn Wassermanna przy końcu leczenia ujemny.

W 2½ lat po skończonem leczeniu pierwszego zakażenia kiłowego, zgłasza się chory z wtórną zmianą podobną klinicznie i bakteryologicznie do zmiany pierwotnej, z zajęciem sąsiadujących gruczołów limfatycznych, odczynem Wassermanna słabo dodatnim. Odczyn ten w czasie leczenia w tydzień po wstrzyknięciu salwarsan-natrium staje się stopniowo silniejszy. Wszystkie te cechy, również i odmienna siedziba drugiej zmiany, a przedewszystkiem długi okres bez nawrotów klinicznych (również i w tym przypadku nie było można śledzić odczynu serologicznego) przemawiają za reinfekcyą.

We wszystkich tych 3 przypadkach brak tylko zmian drugorzędnych wczesnych, występujących w ślad za drugiem zakażeniem, wymaganych przez niektórych autorów dla stwierdzenia powtórnego zakażenia kiłowego.

4. W. D., lat 45, żonaty, właściciel realności. W lipcu 1911 r., mniej więcej w 4 tygodnie po podejrzanym stosunku zauważył owrzodzenie tuż przy brzegu napletka, na skórze, które lekarz, znany dermatolog, rozpoznał jako »wrzód twardy« na podstawie stwierdzenia krętków bladych (chory bardzo inteligentny ze szczegółami i dokładnie opisuje historyę swej choroby). Gruczoły pachwinowe miały być powiększone, zmian na skórze i błonach śluzowych nie było. Odczynu Wassermanna nie wykonano przed rozpoczęciem leczenia. Leczenie: 45 wcierań szarej maści po 3·0 gr. i 3 wlewania śródżylne starego salwarsanu. Zaraz po pierwszem wlewaniu nastąpiło zabliźnienie zmiany pierwotnej. Na końcu leczenia wykonano odczyn Wassermanna z wynikiem ujemnym.

Do 1. marca 1916 nie zauważył chory najmniejszych zmian, czuł się zupełnie dobrze. W tym czasie dopiero zauważył na skórze prącia po stronie prawej, tuż obok nasady prącia, owrzo-

[7] patrz Lwowski Tyg. lek. 1913, Nr 23 i Zentr. f. Chir. 1913, Nr 26.

[8] Gaz. des Hôp. 1913, Nr 146.

dzenie. Stosunek podejrzany przed 3 i 2 tygodniami. Zgłosił się do tego samego lekarza, który, przypuszczając możliwość reinfekcyi, poszukiwał kilkakrotnie krętków bladych w surowicy wziętej z owrzodzenia, jednak z wynikiem ujemnym. Wykonano odczyn Wassermanna, jednak z wynikiem ujemnym. Przy zastosowaniu maści obojętnej nastąpiło zabliźnienie.

1. maja 1916 r. zgłosił się chory na oddział z powodu silnego swędzenia skóry, zwłaszcza w nocy. Rozpoznano: świerzb.

Stan obecny: Budowa i odżywienie mierne. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz nie zawiera białka i cukru. Na skórze brzucha, zwłaszcza w okolicy pasa, na kończynach górnych i dolnych liczne ślady drapania. W okolicy stawu nadgarstkowego obu rąk, między palcami i na prąciu typowe nory świerzbowe. Na skórze prącia po stronie grzbietowej blizna okrągła, gładka cienka, wybitnie ubarwiona, wielkości halerza. Na skórze tułowia i brzucha skąpa wysypka guzkowa. Gruczoły pachwinowe w rowku przedramienia i szyjne twarde, powiększone. Błony śluzowe jamy ustnej i odbytnicy bez zmian.

2. V. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni ++++. Leczenie przeciwświerzbowe i przeciwkiłowe, razem 4 wstrzyknięcia salwarsanu natrium, 12 wstrzyknięć Hg. salic. po 0·1 i 25 wcierań szaruchy po 4 gr. Po pierwszem wlewaniu i 4 wstrzyknięciach rtęciowych zmiany kiłowe w postaci wysypki guzkowej ustąpiły. Na końcu leczenia odczyn Wassermanna słabo dodatni. — 29. VIII. 1916. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatui: Gruczoły ogólnie badalne. Skóra i błony śluzowe bez zmian. Mocz bez białka i cukru. Leczenie: 3 wstrzykiwania salwarsan natrium i 35 wcierań szaruchy po 4 gr.

3. marca 1917 zgłasza się chory po raz trzeci, skarżąc się na bóle w okolicy mostka, jak również ustawiczne bóle głowy. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. Leczenie salwarsanem i rtęcią.

W $4^1/_2$ lat po skończonem leczeniu pierwszego zakażenia kiłowego powstaje zmiana, podobna klinicznie do pierwszej, a w pewien czas do tej zmiany pierwotnej dołącza się powiększenie gruczołów limfatycznych i wysypka kiłowa. Odczyn Wassermanna na szczycie choroby wybitnie dodatni. Leczenie o charakterze przewlekłym, a trudność osiągnięcia wyników leczenia poronnego w tym okresie dobrze daje się poznać z nawrotów serologicznych i klinicznych. Wprawdzie pierwsze leczenie przeprowadzono na zasadzie rozpoznania innego lekarza, ale szczegóły, dokładnie opisane przez inteligentnego chorego, w zupełności zasługują na wiarę. Drugie zakażenie po podejrzanym stosunku wystąpiło po długim okresie czasu ($4^1/_2$ lat), w czasie którego chory czuł się zupełnie dobrze. Do zmiany pierwotnej dołączyły się: zajęcie gruczołów limfatycznych i wysypka guzkowa świeża. Wszystkie te szczegóły, jak również inna siedziba drugiej zmiany pierwotnej, w zupełności przemawiają za reinfekcyą.

5. Z. D., lat 29, nauczyciel. W sierpniu 1911 r. zwrócił się z owrzodzeniem na wędzidełku napletka do lekarza dermatologa, który stwierdził w podejrzanej zmianie krętki blade. Chory jednak nie rozpoczął natychmiastowego leczenia, dopiero we wrześniu zgłosił się z powodu wysypki plamistej na tułowiu i brzuchu, trwającej od kilku dni. Leczenie rozpoczęto wczesnemi wcieraniami szaruchy po 3 gr., jednak po 6 wcieraniach z powodu obrzęku dziąseł zaniechano dalszych wcierań. — 11. IX. i 5. X. wykonano 2 wlewania śródżylne salwarsanu po 0·4 gr. w większej ilości płynu (prawdopodobnie 200 gr.). Ciepłota najwyższa była 38·2, dreszcze i bóle głowy, wysypka i zmiana pierwotna zaraz po pierwszem wlewaniu ustąpiły. (Chory prowadził dokładne zapiski przebiegu choroby i leczenia).

1. XII. 1911 odczyn Wassermanna był ujemny; leczenia nie przeprowadzano. W lipcu 1912 wstrzyknięcie śródżylne neosalwarsanu 0·3, poczem w tydzień badanie odczynu Wassermanna w surowicy dało wynik ujemny. W czerwcu 1913 odczyn Wassermanna ujemny. Zmian innych przez ten czas chory nie zauważył.

22. XII. 1916 r. zgłasza się chory z wysypką plamistą, obfitą na tułowiu i brzuchu, trwającą od 3 dni. Badanie: Budowa dobra. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz bez białka i cukru. Na wewnętrznej blaszce napletka od strony grzbietowej blizna płytka po owrzodzeniu, które powstało w tygodniu po podejrzanym stosunku, trwającym przez 2 tygodnie. Gruczoły pachwinowe znacznie powiększone, twarde przedramienne i szyjne badalne. Na skórze klatki piersiowej i brzucha obfita wysypka plamista o charakterze wysypki świeżej. Błony śluzowe jamy nstnej i odbytnicy bez zmian. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni ++++. Leczenie: 2 wstrzyknięcia Hg. sal. i 25 wcierań szaruchy po 4 gr. 4 wstrzykiwania salwarsanu natrium po po 0·45, 0·6, 0·6, 0·75.

Po upływie 5 lat i 3 miesięcy, po ukończonem pierwszem leczeniu, podjętem we wczesnym okresie kiły drugorzędnej, ulega chory zakażeniu po raz drugi, z wytworzeniem się zmiany pierwotnej (pozostała blizna), z powiększeniem następowem gruczołów limfatycznych i wystąpieniem wysypki o charakterze świeżej. Wprawdzie nie można było stwierdzić typowej zmiany ani klinicznie, ani bakteryologicznie, ale pozostała blizna z kolejnem następstwem zmian drugorzędnych usprawiedliwia rozpoznanie reinfekcyi. Chociaż leczenie w dzisiejszem naszem pojęciu było niedostateczne (2 razy salwarsan i 6 wcierań szaruchy). jak na leczenie poronne, jednak długi okres, wolny od nawrotów klinicznych i serologicznych (obserwacya lekarza, odczyny Wassermanna ujemne, prowokacyjne wstrzyknięcie neosalwarsanu), pozwala przypuszczać, że szczęśliwym zbiegiem okoliczności, zdołano usunąć z ustroju wszystkie krętki blade w zupełności. Również siedziba nowej zmiany przemawia za reinfekcyą.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 18. IV. 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski, obecnych członków 37.

1) Kol. Rychliński przedstawia: a) dwa przypadki **gruźlicy przydatków macicy**, jeden z usadowieniem sprawy tylko w jajowodach, drugi powikłany gruźlicą otrzewnej ściennej i jelit. Obie chore po dłuższem leczeniu zachowawczem bez wyraźnego polepszenia poddane zostały operacyi. W pierwszym przypadku zabieg polegał na wycięciu przydatków po obu stronach, w drugim tylko na otwarciu jamy brzusznej ze względu na liczne zrosty i zlepy z otoczeniem. Stan chorych po operacyi znacznie się poprawił.

b) 35-letnia położnica, karliczka, z **chondrodystrophia foetalis**, którą prelegent rozwiązał ze względu na znaczne zwężenie miednicy (sprzężna prawdziwa wynosiła $6^1/_2$ cm) cięciem cesarskiem klasycznem z wynikiem dobrym dla matki i płodu. Waga płodu wynosiła 2900 gr., długość 49 cm. (Streszczenie własne).

W dyskusyi do 2 pierwszych przypadków a) kol. prof. Braun zwraca uwagę na ważność badania przez odbytnicę i poleca bardzo doszczętne postępowanie przy gruźlicy narządów rodnych kobiecych. — b) Kol. prof. Rosner zaznacza, że gruźlica narządów rodnych kobiecych występuje w różnych postaciach, z których jedne nadają się do zabiegu operacyjnego, inne wymagają leczenia zachowawczego. Do pierwszych należą te formy ostre, w których gromadzi się duża ilość płynu wolnego w jamie brzusznej i tworzy się mało zrostów, do drugich należą formy przewlekłe bez wysięku, a obfitymi zrostami między narządami w jamie brzusznej. Jeżeli się operuje, to zabieg musi być bardzo doszczętny, to znaczy usunąć należy nietylko jajowody i jajniki, ale i macicę. Zabiegu operacyjnego nie należy wykonywać przy obecności ognisk gruźliczych w innych narządach, n. p. w płucach. — Co do trzeciego przypadku podnosi kol. Rosner, że podobną chorą obserwował w swojej praktyce, przyczem u płodu stwierdził te same zmiany, co u matki.

2) Kol. Oszacki przedstawia:

a) **śledzionę** chorego **na niedokrwistość hemolityczną**, przedstawionego 24 stycznia b. r. Śledziona ta okazuje następujące zmiany: znaczne powiększenie, wybitne zgrubienie pochewki (śledziona lukrowana), bardzo wybitne przekrwienie miąższu na przekroju i ziejące drobne naczynia. Naczynia wnęki niezmienione. Dla uzupełnienia dodać trzeba, że u chorego przeprowadzono oznaczenie odporności na rozczyny anizotoniczne z krwinkami czerwonemi, osobno z krwi tętniczej śledzionowej, osobno z krwi żylnej śledzionowej. Odporność krwi tętniczej wynosiła 0·67 do 0·46%, a krwi żylnej 0·69 do 0·468%, a zatem różnice, jakkolwiek na niekorzyść krwi żylnej, nie są jednak tak znaczne, aby można było wykluczyć błąd techniki. Doświad-

czenie to przeprowadzono dla skontrolowania hipotezy, że śledziona przy niedokrwistości hemolitycznej uszkadza krwinki i zmniejsza ich odporność.

b) Dalej przedstawia kol. Oszacki drugiego chorego **z niedokrwistością hemolityczną** i

c) przypadek **obrzęków**, utrzymujących się od szeregu miesięcy, o typie siedziby obrzęków w zapaleniu nerek. U chorego tego przez okres kilkomiesięcznej obserwacyi nie dało się stwierdzić ani objawów zapalenia, ani też zwyrodnienia nerek. Tak mocz, jak i ciśnienie krwi zachowywały się prawidłowo. Głównym czynnikiem, normującym nasilenie i występowanie obrzęków, jest bilans wodny, to znaczy przedewszystkiem ilość doprowadzonej wody. Zależnie od tego, czy podawano ograniczoną czy zwiększoną do 4 l. na dobę ilość płynów, waha się ciężar chorego od 49—62 kg. W czasie obserwacyi przypadku starano się wniknąć w mechanizm powstawania obrzęków. W tym celu przeprowadzono wszystkie próby funkcyonalne kliniczne, a więc określenie wydzielania soli, azotu, wody przez nerki, jakoteż ich zdolność koncentracyjną. Równocześnie oznaczono »gęstość« krwi przez oznaczenie procentu białka w niej zapomocą metody refraktometrycznej. Główne wyniki dają się ująć w dwa wnioski: 1) Czynność nerek w badanym przypadku nie jest od przeciętnej normy gorszą; 2) zawartość procentowa białka w surowicy krwi stoi w prostym stosunku do nasilenia obrzęków, to znaczy, im obrzęki większe, tem większa i »gęstość« krwi, a zatem nie poprzedza tutaj powstawania obrzęków hydremia, ale przeciwnie okres hydremiczny, czy to w okresie powstawania, czy trwania obrzęków, nie daje się wykazać. Świadczyć to może za tem, że przyczyną powstawania obrzęków mogą być tutaj albo zmiany w ścianach naczyń i zwiększenie ich przepuszczalności, albo zmiany w tkankach otaczających naczynia, polegające na wzrastaniu współczynnika ich pęczliwości. Siedziba obrzęków, ich typ »nefrytyczny«, może przemawiać za zmianami w naczyniach. (Streszczenie własne).

W dyskusyi: a) kol. Wachnianin podnosi, że obserwuje podobne obrzęki u jeńców, nie dające się wytłómaczyć zmianami ani w nerkach, ani w sercu. Pod wpływem leczenia i dobrego odżywienia obrzęki ustępują, po powrocie do pracy i zwykłego żywienia natychmiast wracają. — b) Kol. Ciechanowski zapytuje, czy Oszacki zalicza obrzęki w tym przypadku do puchliny głodowej, czy też nie. — c) Kol. Oszacki odpowiada, że przez czas obserwacyi chory był jak najlepiej odżywiany i że na zawartość witaminów w pokarmach baczną zwracano uwagę, nie może tu zatem wchodzić w grę puchlina głodowa.

3) Kol. Blassberg wygłosił wykład: **O nerwicach serca i stanach pokrewnych.** (Wykład w całości będzie ogłoszony drukiem).

W dyskusyi: a) kol. prof. Piltz podnosi, że w swoim materyale nigdy nie miał sposobności widzieć odosobnionych nerwic serca, a tylko w neurastenii spostrzegał je jako objaw cząstkowy. Nie zgadza się z poglądem Blassberga, jakoby padaczka była tylko objawem, a nie jednostką chorobową. — b) Kol. Michałowicz podnosi, że dział nerwic w miarę rozwoju metod badania serca znacznie się zmniejszył. Znacznem ulepszeniem są promienie Röntgena, dzięki którym klinicznie wykrywa się obok serc przerosłych, także serca niedokształcone; jednakże wielkość serca można oceniać tylko w stosunku do wielkości danego osobnika. — c) Prócz wymienionych zabierali jeszcze głos kol. Glasner, prof. Piltz i Oszacki. — d) Kol. Blassberg w przemówieniu końcowem stwierdza, że zapatrywania, wyrażone w dyskusyi, nie odbiegają od poglądów przez niego przedstawionych. W odpowiedzi prof. Piltzowi zaznacza, że chorzy z nerwicami serca przeważnie zgłaszają się do lekarzy chorób wewnętrznych, a nie do neurologów. W sprawie padaczki, zdaniem B., daje się zauważyć w nauce pewien prąd uważania jej za zespół objawów, a nie za jednostkę chorobową. Kol. Oszackiemu odpowiada, że ustrój żywy jest tak bardzo skomplikowanym zbiorem równocześnie czynnych narządów, tkanek i soków, a podlega współczesnej interferencyi tylu czynników, że zbyt daleko idąca dążność zupełnego i bezwzględnego oddzielania i odrywania pojęcia czynności poszczególnych narządów, jako takich, od ich stanu anatomicznego, jak to czyni kol. O., przekraczałaby granice lekarskich określeń, używanych w celach porozumiewawczych i przechodziłaby już w dziedzinę metafizyki.

Na czem polega umiejętny nadzór nad żywnością i jak ten nadzór należałoby zorganizować w Polsce.

Referat wygłoszony w sekcyi sanitarno-lekarskiej II-go Zjazdu higienistów polskich w Warszawie w dniu 30 czerwca 1917

przez

Dra Leonarda Biera.

Dyrektora c. k. Zakładu powszechnego do badania żywności w Krakowie.

Podejmując się na zaproszenie Szanownego Komitetu organizacyjnego niniejszego Zjazdu referatu na pozostawiony mi do wyboru temat z dziedziny nadzoru nad żywnością wybrałem do tego sprawę organizacyi nadzoru umiejętnego. W wyborze tym wyszedłem z założenia, że wobec przygotowań do organizacyi Państwa polskiego i do ustawowych i organizacyjnych prac nad ujęciem kwestyi zdrowia publicznego — ten właśnie temat zainteresuje zapewne więcej od innych szeroki ogół osób dbałych o zdrowie publiczne. Tembardziej, że nadzór nad żywnością w tej części Polski dotychczas najbardziej był upośledzony czy zaniedbany z przyczyn niezależnych od społeczeństwa, obecnie zaś wskutek przewlekającej się wojny i złączonych z tem niedostatków w aprowizacyi, brak należytej, dostatecznej i umiejętnej kontroli wywołać musiał — jak zresztą i u nas w Galicyi — objawy ostrej niedomogi. W tej też dzielnicy — przypuszczam — ta właśnie dziedzina opieki społecznej szerokich warstw ludności zarobkującej na pożywienie codzienne wymagać będzie szczególnie rychłych środków zaradczych, zatem pracy organizacyjnej i państwotwórczej. — Do wyboru tego właśnie tematu zniewolił mnie jednak jeszcze inny wzgląd. Oto przypuszczenie, iż wobec mego charakteru urzędowego, jako kierownika jedynej większej instytucyi urzędowej na ziemiach polskich powołanej do czuwania nad żywnością na zasadach naukowych, instytucyi skupiającej doświadczenie całego kraju koronnego wymagać możecie Panowie odemnie na podstawie prawie 20-letniej działalności urzędowej w dotyczącej dziedzinie zdania, na jakich zasadach należałoby zbudować nadzór nad żywnością w Państwie polskiem, by cel zamierzony osięgnąć najskuteczniej, bez wielkich i przykrych, oraz kosztownych doświadczeń.

Temat organizacyi nadzoru nad żywnością zawiera w sobie tak wiele szczegółowych zagadnień, dotyka tak wielu gałęzi nauk — począwszy od technicznych, lekarskich, ścisłych, przyrodniczych, aż do nauki prawa administracyjnego i karnego oraz procedury sądowej, że przypuścić mogę, iż niejednemu z Panów w niejednym punkcie wywody moje przedstawić się mogą jako niedostatecznie wyczerpujące. Z góry też wobec tego uprzedzić pragnę, iż w ramach niniejszego referatu będę zniewolonym pominąć wszystko co dotyczy szczegółowego uregulowania obrotu handlowego, a tem samem i nadzoru poszczególnych środków żywności, a ograniczę się do omówienia środków organizacyjnych, dotyczących nadzoru całości przedmiotu — a i w tej dziedzinie dam, ze względu na pozostający mi do rozporządzenia czas, tylko rzut oka na istotę najważniejszych organizacyjnych środków — koniecznych lub pożytecznych — wprowadzonych w nadzorze nad żywnością w państwach kulturnych — z uzasadnieniem ich potrzeby lub wartości.

Wywody moje są wynikiem przemyślenia przedmiotu, do czego zniewoliły mnie braki i trudności zwalczane, bądź odczuwane w mem urzędowaniu i w organizacyi nadzoru w Galicyi; są one wynikiem studyów nad przeprowadzeniem tegoż nadzoru w Anglii, Niemczech, Austryi, Francyi, amerykańskich Stanach Zjednoczonych i w kantonach szwajcarskich, oraz nad ewolucyą ustawodawstwa i organizacyi nadzoru w tychże państwach od czasu jego powstania, w rozumieniu nowoczesnem, aż po czasy najnowsze.

W sprawie organizacyi nadzoru nad żywnością rozróżnić należy następujące kwestye odrębne: 1) ustawodawstwo w sprawie nadzoru; 2) sprawę właściwego nadzoru; 3) sprawę organizacyi umiejętnego nadzoru w ścisłem tego słowa znaczeniu w zakładach badawczych; 4) sprawę kształcenia organów nadzorczych niższego rzędu i powołanych dla nadzoru umiejętnego, ścisłego w zakładach badawczych, a w końcu 5) organizacyę tej władzy centralnej, która ma czuwać nad należytem przeprowadzeniem nadzoru w państwie — być jego ostoją i duchem.

Podstawą uregulowania nadzoru nad żywnością jest odnośne ustawodawstwo. — Jakkolwiek już w starożytności dopatrywać się możemy wybitnych zaczątków ustaw dotyczących zabezpieczenia ogółowi ludności pożywienia nieukróconego co do wagi, miary i jakości, jakkolwiek w wiekach średnich za fałszerstwo poszczególnych artykułów spożywczych bardzo dotkliwie, bo nawet gardłem karano w poszczególnych miastach; jakkolwiek ustawodawstwo gminne prawie wszystkich państw do zadań swych zaliczyło opiekę i starania około zabezpieczenia ludności zdrowych i co do jakości pewnych artykułów żywności, a we wszystkich ogólnych ustawach karnych, wydanych w wieku ubiegłym, znajdują się osobne ustępy, odnoszące się do zatruwania pokarmów i napojów — mimo że ustawy te występkowi oszustwa szczegółową poświęcały uwagę, mimo to, całe to ustawodawstwo administracyjne i karne niewystarczało, by zabezpieczyć ludność ze strony znajdujących się w handlu produktów spożywczych przed szkodą na zdrowiu i by ją ochronić od wyzysku uprawianego na wielką skalę na tem polu. Najpierw w Anglii około r. 1840, a później w innych krajach kulturnych, zaszła pilna potrzeba odrębnego uregulowania i traktowania tej odrębnej materyi ze stanowiska administracyjnego i sądownictwa karnego. Tak powstały specyalne w tym względzie ustawy zasadnicze, ku czemu początek dała Anglia w r 1860, poczem poszczególne kantony szwajcarskie z kantonem St Gallen i zurychskim oraz berneńskim na czele, poczem stworzyły odnośną ustawę zasadniczą w r. 1879 Niemcy, w r. 1896 Austrya, w r. 1905 Francya, w r. 1906 Stany Zjednoczone Ameryki północnej, w r. 1905 Związek szwajcarski. Za ogólnemi temi ustawami poszło wydawanie ustaw specyalnych, odnoszących się do poszczególnych artykułów, jak ustawy o sztucznych tłuszczach jadalnych, ustawy o winie, o słodyczach sztucznych, farbach do barwienia produktów spożywczych i t. p.

Przedmiotem ustaw ogólnych było uregulowanie wytwórstwa i obrotu handlowego produktami, służącymi do odżywienia człowieka z tego stanowiska, o ile mogłyby szkodzić zdrowiu człowieka i być przedmiotem wyzysku konsumentów, nadto uregulowanie wyrobu i handlu przedmiotów użytku codziennego, które przez styczność z ciałem ludzkiem oddziaływać mogą na jego zdrowie. Do przedmiotów tych zaliczamy naczynia, miary i wagi, służące do mierzenia i ważenia, oraz do przyrządzania i przechowywania jadła i napoju, barwiki i farby używane do barwienia produktów spożywczych i ścian w mieszkaniach, tkaniny do ubrań, tapety, piększydła, czyli kosmetyki, zabawki dziecinne i tp. nadto i naftę.

Cechą zasadniczą tego ustawodawstwa jest, że reguluje zagadnienia te jednolicie dla całego państwa pozostawiając ustawodawstwu samorządnemu na podstawie pozostałych mu praw, możność dalszej reglamentacyi tylko w ramach ustawodawstwa państwowego. Przyczyną takiego ujęcia kwestji przez państwa kulturalne była ta okoliczność, że poprzedni sposób nadzoru nad żywnością, choćby pozostający w poszczególnych prowincjach, czy miastach czasowo na wyżynie potrzeb chwilowych i oparty na najnowszych zdobyczach nauk, był zbyt różnorodnym, niejednolitym, że obrót handlowy poszczególnemi produktami regulowano w poszczególnych okręgach obowiązującego nadzoru według odmiennych zasad, stwarzając przez to chaos prawny, przeciw czemu słusznie występował uczciwy przemysł i handel, którym z trudem przychodziło zastosować się do rozmaitych przepisów i zarządzeń w jednem państwie — a z czego korzystały tylko czynniki nieuczciwe.

Na okoliczność tę kładę szczególny nacisk, gdyż według objawionych projektów uregulowania spraw zdrowotnych w Polsce, o których mogłem zasięgnąć wiadomości z pism zawodowych, jak niemniej i że z wielką pracowitością i znajomością rzeczy przez Warszawskie Towarzystwo hygieniczne pod kierunkiem jego prezesa opracowanego — »Projektu prawa o zdrowiu publicznem w Polsce« ofiarowanego uczestnikom niniejszego Zjazdu wczoraj — czynnik samorządny i obywatelski ma być podstawowym, na którym oprzeć się ma regulowanie wszelkich spraw zdrowotnych, do których w znacznej mierze zaliczyć musimy i zorganizowany nadzór nad żywnością i niektórymi przedmiotami użytku. — Otóż przestrzedz muszę przed pozostawieniem samorządowi gminnemu, czy innemu, szczególnie tego działu organizacyi zdrowia i opieki społecznej — a na dowód konieczności ujęcia i dalszego prowadzenia całości zasadniczych spraw o nadzorze nad żywnością przez rząd państwowy przytoczę Stany Zjednoczone Ameryki północnej i Związek kantonów szwajcarskich — państw o najbardziej rozwiniętym i uświadomionym samorządzie. W odnośnem ustawodawstwie ze wszystkich państw kulturnych najświeższem — nadzór nad żywnością zcentralizowały te państwa w rękach rządu związkowego pozostawiając poszczególnym stanom, czy kantonom wykonawstwo tegoż pod nadzorem organów państwowych — i jak w Szwajcaryi za subwencją przyznawaną co roku z funduszów związkowych po przedłożeniu wyczerpujących sprawozdań stwierdzających dopełnianie wymagań ustawodawstwa państwowego w myśl jego intencyi. Szwajcarja zmierzając do przeprowadzenia tego postulatu, nie wahała się nawet w tym jedynie celu zmienić zasadniczych postanowień konstytucyjnego ustawodawstwa związkowego i odwołać się w celu uzyskania potrzebnych upoważnień dla państwowego nadzoru nad żywnością do powszechnego plesbicytu wszystkich obywateli związku szwajcarskiego, jaki się odbył 11 lipca 1897.

Jednolite regulowanie spraw nadzoru nad żywnością przez centralne władze państwowe pozwala nadto ująć tę materyę we właściwe ramy nietylko ze względu na wytwórstwo wewnętrzne, krajowe, ale nadto i na dowóz z poza granic państwa — rzecz niezmiernie ważną tak dla zabezpieczenia i z tej strony ogółu konsumentów jak i dla ochrony własnego przemysłu i handlu. — Argument ten tłumaczy — zdaje mi się — dostatecznie dalszy postulat, że nadzór nad żywnością nie może się ograniczyć do wytwórstwa i handlu krajowego, czyli wewnętrznego, lecz obejmować winien i towary sprowadzane z zagranicy — oczywiście nie towary przewożone w t. zw. małym ruchu granicznym — do własnego użytku podróżnych, lecz produkta dostające się do kraju na drodze ruchu handlowego. Łączą się z tym postulatem kwestje ceł, układów, czy traktatów handlowych — lecz sprawy te leżą już poza zakresem mego tematu. — W każdym razie nadzór nad żywnością i przedmiotami użytku powyżej wymienionymi, sprowadzanymi z zagranicy w rękach samorządu nie da się pomyśleć — musi być zorganizowanym i nadal spoczywać w rękach organów rządowych, bo tylko wtedy może być skutecznym.

Na inną jeszcze okoliczność przemawiającą za koniecznością państwowej organizacji nadzoru nad żywnością pragnę zwrócić uwagę Panów. Oto państwa posiadające u siebie państwową organizacyę nadzoru nad żywnością używają jej z wielkiem powodzeniem wobec państw ościennych, z któremi pozostają w stosunku wymiany towarów spożywczych — w celu bądź niedopuszczenia lub mniej lub więcej znacznego ograniczenia traktatami handlowymi dowozu produktów spożywczych, jeśli ich wyrób i ograniczenia handlowe wydane w celu ochrony zdrowia i ekonomicznej konsumenta nie stoją na wyżynie zbliżonej do produkcyi i handlu danego państwa i jeśli w odnośnem państwie brak instytucyi dających gwarancyę umiejętnego i ścisłego nadzoru. Polska, jako kraj wybitnie rolniczy i o przemyśle zapewne w przyszłości opartym na rolnictwie — jeśli ma zdobyć dla siebie bogactwo — będzie musiała produkta swe wywozić. Otóż jeśli nasze płody rolnicze i wyroby rodzimego przemysłu mniej lub więcej związanego z rolnictwem mają wytrzymać współzawodnictwo na rynku wszechświatowym — musimy u siebie w domu uregulować odnośne dziedziny wytwórstwa i handlu przynajmniej w przybliżeniu do tej wysokości, na jakiej pozostają one w państwach, z którem i Polska pozostawać będzie w stosunkach handlowych, musimy dawać stale dowody, że wydane w tej mierze zarządzenia są ściśle i bezwzględnie wykonywane. A czy wydawanie takich zarządzeń ogólnych co do produkcyi i handlu jak niemniej i dopilnowanie ich wykonania, będzie możliwem za pośrednictwem samorządu — na to pytanie odpowiecie sobie Panowie najlepiej.

Jeśli do przytoczonych argumentów przemawiających za koniecznością państwowego uregulowania i objęcia stałego nadzoru nad żywnością przez Państwo polskie, trzebaby dodać jeszcze inne dowody z mojego doświadczenia, mógłbym i to uczynić — sądzę jednak, że dalsze argumenta moje oparte na przykrych doświadczeniach lokalnych i osobistych zmusiłyby mnie do wytaczania przed forum Panów naszych lokalnych i osobistych niedostatków galicyjskich, które nie mogą iść — zdaniem mojem — co do siły argumentacyi w zawody z dopiero co przytoczonemi uzasadnieniami natury ogólnej — i dlatego je pominę.

W nowszem ustawodawstwie dla spraw nadzoru nad żywnością dwie zasady wybijają się na pierwszy plan, jako motywa przewodnie: zapobiegawczy i represyjnokarny. Celem zapobieżenia szkodliwemu dla zdrowia wytwórstwu produktów spożyw-

czych i przedmiotów użytku i sprzedaży produktów sfałszowanych, podrobionych, zepsutych, pozbawionych składników pożywnych i puszczanych w handel pod fałszywem oznaczeniem, ustanowiły ciała ustawodawcze wspomnianych już państw stałą, regularną kontrolę tych produktów w miejscach ich sprzedaży, nadto stworzyły w ustawach nowszych możność kontroli tej już w czasie ich wyrobu, poddając pod nadzór wszelki wchodzący w grę przemysł, nadto miejsca przeróbki i chwilowego przechowania. Kto w myśl tych ustaw powołanym jest do wykonania tej kontroli i w jaki sposób ma być ona wykonywaną, przedstawię poniżej. Drugim środkiem represyjnym jest dane rządom na podstawie tych ustaw upoważnienie do; 1) wydawania zakazów ze względów zdrowotnych co do pewnych sposobów fabrykacyi, przechowywania i opakowania produktów spożywczych przeznaczonych na sprzedaż; 2) sprzedaży i puszczania w obrót handlowy produktów o pewnych określonych własnościach; 3) używania do wyrobu pewnych ciał i barwików do zabawek, tapet, tkanin na ubrania, środków kosmetycznych, naczyń do jadła i napoju, miar i wag, oraz sprzedaży tego rodzaju wyrobów wytwarzanych wbrew wydanemu rozporządzeniu. Szczególne paragrafy ustaw tych dają rządowi upoważnienie do zakazu wzgl. ograniczenia sporządzania i sprzedaży przedmiotów, które służyć mogą do podrabiania i fałszerstwa produktów spożywczych pod nazwą nieodpowiadającą ich istotnej wartości.

Tym sposobem daną jest rządowi możność wpływania bezpośredniego i skutecznego na sposoby fabrykacyi produktów spożywczych, możność uniemożliwienia z góry rozmaitych manipulacyi oszukańczych, oraz możność zapobieżenia rozmaitym sposobom konserwacyi produktów spożywczych, które mimo że mogą być dla zdrowia ludzkiego szkodliwe, w drodze postępowania sądowokarnego nie zawszeby były potępione wobec braku dostatecznej ilości odpowiednich rzeczoznawców, powoływanych do rozpraw sądowych.

Środkiem represyjnym, zastosowanym przez ustawy stanowiące o nadzorze nad żywnością są postanowienia, mocą których przekroczenia i występki przeciw tym postanowieniom karane być mają na mocy wyroków sądowych. Karze się zaś aresztem, lub grzywną lub obu sposobami kary łącznie, w wymiarze dochodzącym do kar wysokich, zależnie od stopnia winy, którą ocenia sędzia względnie trybunał sądowy. Z temi — niejako zwykłemi formami kary mogą być połączone jeszcze inne rodzaje kary, jak utrata towaru, orzeczona sądownie, dalej utrata czasowa lub stała uprawnienia przemysłowego oraz publiczne ogłoszenie wyroku na koszt obwinionego w dziennikach miejscowych, orzeczone wyrokiem sądowym, — kary stosowane w razie przewinienia poważniejszego lub też w razie powtórzenia się tego samego rodzaju przewinień, zatem wobec przestępców niepoprawnych. Nie potrzebuję chyba dodawać i wyjaśniać, że te dodatkowe formy kary dla przemysłowca i handlowca szczególnie są dotkliwe, dyskredytując go w opinii odbiorców, wzgl. odbierając mu możność dalszego zarobkowania w tym samym zawodzie.

Kodyfikacya sądowokarnej części represyjnej ustaw o nadzorze nad żywnością ma pierwszorzędne znaczenie dla zapewnienia skutku tej ustawie. Konieczność streszczania się i obawa, że zajmowanie się szczegółami ustawodawstwa mogłoby zamglić jednolitość obrazu, który Panom pragnę przedstawić, zniewalają mię do pobieżnego traktowania tej części tego ustawodawstwa, która zresztą budzić winna szczególne zainteresowanie wśród sędziów. Na dwa jednak szczegóły uważam za wskazane zwrócić uwagę: 1) co należy skwalifikować jako przestępstwo karane na drodze wyroku sądowego; 2) o ile konieczne jest celem skazania kogoś za przekroczenia tej ustawy udowodnienie obwinionemu wobec sędziego, świadomości czynu karygodnego.

Już poprzednio przytoczyłem te rodzaje czynów, które kwalifikują się do postępowania sądowokarnego: wyrób i sprzedaż przedmiotów szkodliwych zdrowiu, zafałszowanych i podrobionych, sprzedaż artykułów zafałszowanych, szkodliwych i mogących szkodzić zdrowiu, zepsutych, niedojrzałych, upośledzonych w swej wartości spożywczej, sprzedaż produktów tych pod fałszywem oznaczeniem, lub łudzącem jakość lepszą niżli istotnie posiadają. Do tych rodzajów jakości produktów jako przestępstw karygodnych wyrokiem sądowym zaliczają nowsze ustawy (i istnieje dążenie wprowadzenia dalszej kategoryi przestępstwa przy przeróbce wzgl. uzupełnieniu ustaw dawniejszych) jeszcze inny rodzaj przestępstwa, tj. sprzedaż produktu »małowartościowego« jako produktu o wartości normalnej. Czy wprowadzenie tego nowego rodzaju czynu karygodnego w ustawę państwa, w którem dla poprzednich wymienionych i tak już wyspecyalizowanych pojęć przestępstwa karnego trzeba będzie może dopiero w drodze judykatury wywalczać prawo obywatelstwa — jest pożądanem, należałoby poddać gruntownej rozwadze.

Zastosowanie wymienionych co dopiero pojęć przy kwalifikacyi czynu karygodnego w sądowokarnem stosowaniu ustawy o nadzorze nad żywnością nie może się obejść bez bardzo wydatnego udziału znawców w sądach, gdyż wymaga obszernych wiadomości specyalnych z różnorodnych gałęzi nauk technicznych, przyrodniczych i lekarskich, z któremi sędzia-prawnik nie miał sposobności się spotkać podczas swoich studyów. Ponieważ o znawców przygotowanych do spełniania odpowiedniej roli w sądach zwłaszcza w początkach stosowania ustawy, decydujących niejednokrotnie o wprowadzeniu i znaczeniu jej nader jest trudno, a i ci nie zawsze — i później — umieją rolę swą zastosować do zadań, które ustawodawca pragnął widzieć spełnione przez omawiane ustawodawstwo — jestem zdania, że dla zabezpieczenia ustawie tej odrazu należnego skutku i wpływu a zarazem dla ułatwienia roli sędziom wyrokującym na jej podstawie w Polsce, uważam, że byłoby nader wskazanem, by utarcie pojęć, co należy w pojęciu ogólnem uważać za »fałszerstwo«, co za trzymanie na sprzedaż »pod fałszywem oznaczeniem« — nie pozostawiono, jak n. p. w Niemczech tworzącej się dopiero w tym względzie judykaturze odnośnie do poszczególnych produktów, lecz by pojęcia te na wzór ustawy amerykańskiej albo ustalono odrazu w ustawie wzgl., by spełnieniu tych czynów karygodnych położono tamę przez pewne odpowiednie przepisy wykonawcze do odnośnej ustawy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Komitet książęco-biskupi urządził — w porozumieniu z Namiestnictwem — i utrzymuje w Oświęcimiu wielki, wzorowo urządzony Zakład dla leczenia ubogich dzieci dotkniętych jaglicą. W pierwszym rzędzie, zakład ten przeznaczony jest dla dzieci uchodźców znajdujących się dotąd w barakach choceńskich, a poza tem przyjmować będzie także dzieci jaglicze z ochron, przytułków, domów sierocych i t. p.

Na ten cel przeznaczono w Oświęcimiu pewną część z wielkiej liczby baraków wybudowanych tamże dla robotników sezonowych, ale przez czas wojny pustką stojących. Baraki użyte na sanatoryum jaglicze oddzielono od innych drutem kolczastym. Zakład obliczony jest na pomieszczenie około trzystu dzieci. Obowiązki lekarki zakładowej pełni na miejscu Dr Wisłocka. Nadzór i kontrolę nad leczeniem dzieci objęła krakowska klinika okulistyczna.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

KONKURS.

W powiecie Kieleckim jest do obsadzenia prowizoryczna posada lekarza okręgowego z siedzibą w Chęcinach. Płaca wynosi 4000 koron rocznie — obowiązki ustalone są w przepisach służbowych. Podania wnosić należy do 31. sierpnia 1917 r. do c. i k. Komendy Powiatowej z dołączeniem:

1) metryki urodzenia,
2) dyplomu lekarskiego,
3) świadectwa zdolności fizycznej,
4) świadectwa moralności,
5) świadectwa z dotychczasowej praktyki,
6) dowodu znajomości języka polskiego. 299

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4\frac{1}{2}$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz. prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący **Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi** Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 18. sierpnia 1917. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Reinfectio syphilitica.

Podał

Dr Franciszek Walter.

(Dokończenie).

Przypadki powyższe można podzielić na 2 grupy:

a) Przypadki, w których prawdziwości wtórnego zakażenie nie stwierdzało wystąpienie zmian drugorzędnych,

b) przypadki, w których zmiany te kolejno towarzyszyły zmianie pierwotnej.

Wszystkie 3 przypadki grupy pierwszej charakteryzuje wystąpienie wykwitu, podobnego klinicznie i bakteryologicznie do zmiany pierwotnej, wymagany okres wylęgania po podejrzanym stosunku, zajęcie gruczołów limfatycznych sąsiadujących, odczyn Wassermanna w pierwszym przypadku ujemny, w drugim i trzecim słabo dodatni.

Okres, oddzielający oba zakażenia w przypadku pierwszym wynosił $1^1/_2$ roku, w drugim $3^1/_2$ roku, w trzecim $2^1/_2$ roku. Ze względu na podjęcie leczenia poronnego zaraz po stwierdzeniu nowego zakażenia nie odczekano zmian drugorzędnych.

Cechy, których Benario wymaga dla stwierdzenia reinfekcyi, mielibyśmy zebrane w tych 3 przypadkach. Najważniejszym szczegółem, przemawiającym za prawdziwością powtórnego zakażenia, jest okres, wolny od nawrotów klinicznych i serologicznych. Przeważnie autorowie wymagają okresu jednorocznego po leczeniu poronnem; w naszych przypadkach wynosi ten okres znaczniej więcej, od $1^1/_2$—$3^1/_2$ lat. Monorecydywy występują zwykle w krótkim czasie po skończonem leczeniu, przeważnie po kilku miesiącach. Co prawda Müller nie zadawalnia się nawet długim okresem czasu (n. p. przypadek 17 w drugiej rozprawie $2^1/_2$ lat), twierdząc, że nawet wystąpienie zmian pierwotnych z następowemi zmianami drugorzędnemi nie daje bezwzględnej pewności prawdziwej reinfekcyi.

Cechy kliniczne, jakoteż obfita ilość krętków bladych, również nie są wystarczające do udowodnienia reinfekcyi; to samo znaleść można i w monorecydywach, podobnych do zmian pierwotnych. Wiele zmian podobnych do pierwotnych, wystąpiło z ognisk krętków bladych pozostałych w bliznach po pierwszych zmianach lub w otoczeniu. Przypadki te śledził Habermann. Po skończonem energicznem leczeniu rtęciowo-salwarsanowem wycinał on blizny po zmianie pierwotnej, ale poszukiwania krętków bladych w tych preparatach dawały zawsze wynik ujemny. Również i szczepienia na królikach pozostały bez wyniku. Doświadczenia Habermanna nie są zgodne z doświadczeniami Fuela, który znalazł krętki blade w bliźnie po zmianie pierwotnej, po ukończonem leczeniu. Że jednak wynik ujemny nie chroni od nawrotu, dowodzi przypadek Habermanna, gdzie mimo, że w wyciętej bliźnie nie znaleziono krętków bladych, to krętki pozostałe w innych częściach ciała dały powód do nawrotu.

Odczyn Wassermanna w naszym pierwszym przypadku był zupełnie ujemny przy stwierdzeniu drugiej zmiany pierwotnej, w drugim i trzecim przypadku słabo dodatni. Zachowanie się odczynu może być przy monorecydywie, podobnej do zmiany pierwotnej, takie, jak przy prawdziwej zmianie. Odczyn bywa albo ujemny, albo słabo dodatni, może z czasem stawać się wybitniejszym.

We wszystkich tych przypadkach najprawdopodobniej w okresie oddzielającym pierwsze zakażenie od drugiego — był odczyn Wassermanna ujemny. (W pierwszym przypadku badanie takie przeprowadzono). Przemawiałby za tem długi okres czasu $2^1/_2$ i $3^1/_2$ lat bez wszelkich objawów nawrotów kiły. Wprawdzie, jak wspominałem, znane są długie okresy utajenia odczynu Wassermanna, ale są to przypadki bardzo rzadkie, zwłaszcza po upływie jednego roku. Ponieważ przeważnie uważamy obecnie odczyn dodatni Wassermanna za wyraz istnienia w ustroju krętków bladych, przeto okres dłuższy, wolny od nawrotu serologicznego, wskazywałby na nieobecność krętków w ustroju, dowodziłby zatem wyleczenia.

Leczenie w pierwszym przypadku podjęto już w niezupełnie korzystnych warunkach dla leczenia poronnego, mianowicie w bardzo wczesnym okresie drugorzędnym. Leczenie przeprowadzono energicznie (3·15 neosalwarsanu 112 wstrzyknięć rtęciowych). W drugim przypadku przy odczynie Wassermanna słabo dodatnim, leczenie było mniej energiczne (0·8 salwarsanu i 8 wstrzyknięć rtęciowych). W trzecim przypadku w warunkach najdogodniejszych przy ujemnym odczynie Wassermanna, z powodu opieszałości chorego, leczenie nie było bardzo energiczne (0·8 salwarsanu i 5 wstrzyknięć rtęciowych). Siedziba powtórnych zmian pierwotnych w pierwszym przypadku mogła leżeć w zakresie dróg limfatycznych pierwszej zmiany pierwotnej, mianowicie na skórze prącia w odległości 2 cm, w drugim i trzecim przypadku siedziba zmiany była odległa od pierwszej (rowek zażołędny i skóra prącia, wewnętrzna blaszka napletka i brzeg zewnętrzny napletka).

Najlepsze warunki czasowe dla leczenia przedstawiał przypadek trzeci i mimo mniej energiczne leczenie długi okres czasu, wolnego od nawrotów, podobnie jak w przypadku drugim, przemawia za reinfekcyą. Pierwszy przypadek, ze względu na złe warunki rozpoczęcia leczenia i siedzibę nowej zmiany pierwotnej w zakresie dróg limfatycznych dawniejszej, mógłby być uważany za »sclerosis ex residuo«.

Pozostałaby jeszcze sprawa superinfekcyi. Najłatwiej występuje ona w okresie trzeciorzędnym; w żadnym z naszych przypadku nie mogliśmy stwierdzić utajonego okresu trzeciorzędnego. Wiemy, że superinfekcya występuje zwykle, gdy istnieje jakikolwiek objaw kiły, a Lipschütz żąda nawet obecności świeżych zmian drugorzędnych. W naszych przypadkach objawów kiły drugorzędnej stwierdzić zgoła nie mogliśmy. Również wiemy dobrze z doświadczeń Fingera, Landsteinera, Tomaszczewskiego, że kliniczny obraz superinfekcyi zawisł od owych zmienionych własności, od »przestrojenia« tkanek pod wpływem jadu kiłowego (Umstimmung der Gewebe). Na tych 3 przypadkach ponowne zmiany pierwotne w zupełności kliniczne odpowiadały typowym zmianom pierwotnym.

W drugiej grupie przypadków przebieg pierwszego zakażenia spostrzegany był nie przezemnie, ale jednak rozpoznanie ustalili lekarze specyaliści. Chorzy bardzo inteligentni, prowadząc szczegółowe zapiski przebiegu choroby, mogli doskonale mnie objaśnić.

W przypadku czwartym leczenie rozpoczęto w okresie zmiany pierwotnej, jednak niestety nie wykonano odczynu Wassermanna. Leczenie przeprowadzono energicznie (45 wcierań szaruchy i 3 razy salwarsan). Okres, wolny od nawrotów klini-

cznych, wynosił 4½ lat. Drugie zakażenie stwierdzono na zasadzie pozostałej blizny po zmianie pierwotnej, znacznego powiększenia gruczołów pachwinowych i wysypki kiłowej świeżej. Wszystkie warunki, żądane od reinfekcyi, zebrane byłyby w tym przypadku, tylko oba zakażenia spostrzegane były przez dwu różnych lekarzy. Siedzibą drugiej zmiany pierwotnej było inne miejsce, odległe od pierwszej zmiany.

Okoliczności, w których podjęto leczenie przypadku piątego, również nie były sprzyjające dla leczenia poronnego, mimo że okres czasu dzielący oba zakażenia był bardzo długi i wolny zupełnie od nawrotów serologicznych. Już ta sama okoliczność przemawia za typową reinfekcyą.

Prawdziwe reinfekcye należą bądź cobądź do przypadków bardzo rzadkich. Na 3 tysiące przypadków kiły, spostrzeganych przezemnie w ostatnich 5 latach, tylko te 5 przypadków, odpowiadało warunkom, żądanym dla stwierdzenia reinfekcyi. Do warunków, wymaganych dla stwierdzenia powtórnego zakażenia należą:

1) Niewątpliwe stwierdzenie pierwszego zakażenia kiłowego przez lekarza specyalistę.

2) Możliwość drugiego zakażenia (coitus impurus).

3) Okres wolny od nawrotów klinicznych i serologicznych trwający najmniej dwa lata.

4) Stwierdzenie kliniczne i bakteryologiczne nowej zmiany pierwotnej, ewentualnie przy stwierdzeniu wczesnych zmian drugorzędnych drugiego zakażenia obecność blizny po drugiej zmianie pierwotnej.

5) Zajęcie gruczołów limfatycznych w okolicy drugiej zmiany pierwotnej

6) Odczyn Wassermanna ujemny lub słabo dodatni.

7) Ewentualnie kolejne następstwo wczesnych zmian drugorzędnych. (Ze względu bowiem na pojęcie leczenia poronnego byłoby przeciwwskazane wyczekiwanie na pojawienie się zmian drugorzędnych dla stwierdzenia rzeczywistej reinfekcyi). Najlepsze warunki leczenia bezwątpienia byłyby takie, jak podał Hoffmann, a więc leczenie połączone salwarsanem i rtęcią. Obawy Wechselmanna w tym względzie dadzą się usunąć przez badanie sprawności wydzielniczej nerek. Co do ilości salwarsanu, neosalwarsanu lub salwarsan-natrium, to jedno wstrzyknięcie nie wystarczy; trzeba zastosować najmniej 3 wstrzyknięcia dożylne salwarsanu i odpowiednią ilość rtęci (10—12—15 wstrzyknięć salicylanu rtęci lub kalomelu, lub 40—50 wcierań szaruchy). Najlepsze wyniki dadzą się osiągnąć przy odczynie Wassermanna ujemnym lub słabo dodatnim. Jednakże możliwe jest wyjałowienie ustroju i we wczesnym okresie drugorzędnym (przypadek I i V).

W sprawie odkażania rąk ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii wojennej

podał

Prof. Dr Roman Barącz (Lwów).

(Wykład przeznaczony na Zjazd lekarzy polowych II Armii we Lwowie od 20—22 lutego 1917).

(Dokończenie).

Pellegrini [9]) używa do odkażania rąk alkoholu z chlorem, który otrzymuje się przez wprowadzenie gazu chloru do alkoholu lub spirytusu denaturowanego. Wyniki były bardzo dobre, skóra przy tem nie była podrażniona.

Także znana metoda Heusnera odkażania rąk zapomocą mieszaniny jodu z benzyną i parafiną ma dawać dobre wyniki, jednak podrażnia skórę.

Wspomnę tu jeszcze o metodzie v. Herffa [10]) odkażania rąk zapomocą alkoholu z acetonem, przy której autor zachwala odtłuszczające działanie alkoholu i garbujące i stwardzające acetonu przez co ma następować zamknięcie szczelni skórnych. Wreszcie wymienić muszę metodę Lenzmanna [11]), który miał uzyskać działanie odkażania w głąb, przez wcieranie w skórę masy mydlanej, składającej się z mieszaniny formaliny, benzyny i dermosapolu w stosunku 5:15:80 i metodę Zabłudowskiego [12]) odkażania zapomocą tanniny z alkoholem.

Ponieważ kontrola nad tem, czy ręce dostatecznie są odkażone, jest niemożliwa, a ranie zawsze grozi zakażenie ze strony rąk, wykluczył Mikulicz ręce od zetknięcia z raną przez użycie swoich wyjałowionych trykotowych rękawiczek. On i jego uczniowie i wielu innych osiągnęło przez to znakomite wyniki.

Starano się także oddzielić pole operacyjne i ręce od zetknięcia z raną przez użycie materyału nieprzenikliwego, t. j. przez otoczenie skóry rąk materyałem nieprzenikliwym. Do takich nieprzenikliwych otoczek zaliczyć należy: Mengego ksylol z parafiną, gutaperchę z acetonem Murphyego i Schleicha, firnis Levaisa, Kossmanna chirol, Doederleina gaudaninę, Wederhackego dermagummit, chiroseter Doenitza i Klappa, Heusnera kollodyum jodowe, v. Herffa i Herzberga benzoedamar, wreszcie mastisol v. Oettingena. Wszystkie te sposoby nie znalazły wielu zwolenników, najbardziej przyjął się w chirurgii wojennej mastisol.

Wyjątkowe stanowisko zajmują wyjałowione rękawiczki gumowe. Zabezpieczenie to rany przed zakażeniem nie jest jednak pewne, ponieważ rękawiczki gumowe, osobliwie przy dłużej trwającej operacyi, mogą uledz naddarciu lub nakłuciu, przez co zarazki, zawarte w rękawiczce, dostać się mogą do rany i unicestwić naszą wzmocnioną aseptykę. Jednak niezaprzeczoną wartość mają osobliwie grubsze rękawiczki gumowe, jako ochrona naszych rąk przy operacyach, opatrunkach i badaniu przypadków septycznych, t. j. w celach zapobiegawczych.

Podczas mojego krótkiego pobytu w Ameryce w r. 1902 poznałem w szpitalu Roosevelta w Nowym Yorku, na oddziale Roberta F. Weira, metodę odkażania rąk [13]), która z powodu swojej taniości i prostoty nietylko zasługuje na uwzględnienie, ale ma poniekąd wyższość nad innemi. Metoda ta zawdzięcza swoje powstanie doświadczeniom Kümmela, przedsiębranym jeszcze w r. 1885, wykazującym wysokie przeciwgnilne własności wody chlorowej. P. Rauschenberger, aptekarz szpitala Roosevelta, polecił do odkażania rąk mieszaninę podchlorynu wapna, czyli sprzedażnego chlorku wapna $Ca(ClO_2)^2$ i zwykłego węglanu sodowego czyli sprzedażnej sody Na_2CO_3 z dodatkiem małej ilości wody. Mieszanina ta zmydla i rozpuszcza tłuszcz skóry i naskórek. Działanie chemiczne przy tem nie było dostatecznie wyjaśnione, jednak stwierdzono, że wytwarza się przytem podchloryn sodowy w stanie płynnym, znany pod nazwą płynu Labarraquea. Przy tem działaniu ma się, według Weira i Rauschenbergera, wytwarzać wolny chlor »in statu nascendi«, który ma być najważniejszym czynnikiem tej metody odkażania rąk.

Tymczasem zacząłem szukać wyjaśnienia właściwego odczynu chemicznego w nowszych podręcznikach chemii nieorganicznej. Otóż chemiczne działanie przy tym sposobie odkażania rąk jest najprawdopodobniej następujące:

---

9) Rivista ospedaliera 1913 Nr 14, lipiec 31.

10) Zentr. f. Chir. 1909 Nr 52.

11) Zentr. f. Chir. 1908, Nr 4.

12) Zentr. f. Chir. 1910, Nr 8.

13) por. New York med. Rec. 1897 z 3. kwietnia oraz moją pracę p. t. Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń. Przegląd lek. 1904 Nr 9—12 i Wiener med. Woch. 1904, Nr 13 i nn.

$Ca(ClO)^2$	+	Na_2CO_3	=	$CaCO_3$	+	$2NaClO$
podchloryn wapna (chlorek wapna)		węglan sodowy (soda)		węglan wapna (kreda)		podchloryn sodowy (płyn Labarraquea)

$2NaClO$	=	$2NaCl$	+	O_2
podchloryn sodowy		chlorek sodowy (sól kuchenna)		tlen »in statu nascendi«

Chlorek wapna zawiera podchloryn wapna, który przy zadziałaniu na niego węglanu sodowego (sody) przez podwójną wymianę daje podchloryn sodowy (płyn Labarraquea). Tymczasem wszystkie podchloryny tracą bardzo łatwo tlen i przechodzą w ten sposób w chlorki. Jeżeli zetkną się z ciałami, przyjmującemi tlen, wtedy ciała te łączą się z tlenem, czyli bywają utlenione. Podchloryny są zatem środkami silnie utleniającymi i przewyższają pod tym względem wodę utlenioną. Przez to właśnie silne utleniające działanie niemal wszystkie zarazki bywają zabite[14]).

Wolny kwas podchlorowy jest nieznany, znamy tylko jego wodne rozczyny. Są one płynami bezbarwnymi o silnej woni chloru. Sole podchlorawe oddziaływują podobnie jak wolny kwas podchlorawy. Ta właśnie do chloru podobna woń tego odczynu naprowadziła Weira i Rauschenbergera, na myśl, że przy niej wywiązuje się chlor »in statu nascendi« i że jemu odkażanie rąk należy przypisać.

Rozkład podchlorynów i silniejsze jeszcze działanie utleniające przy tem możnaby przyspieszyć zapomocą środków katalitycznych. Do tego celu nadają się najlepiej sole kobaltowe, n. p. azotan kobaltowy (cobaltum nitricum). Przez dodanie małej ilości takiej soli działanie bakteryobójcze powinno się zwiększyć. Mam właśnie zamiar przeprowadzić próby w tym kierunku.

Sposób użycia chlorku wapna i sody do odkażania rąk jest następujący; Na jednym talerzu kładzie się garść sprzedażnego chlorku wapna, na drugim parę kawałków zwykłej sody (na cal grubych, na 2 cale długich). Po dokładnem oczyszczeniu rąk zapomocą szarego mydła, wody ciepłej i szczotki, bierze się na dłoń około łyżkę stołową chlorku wapna i kryształ sody. Po dodaniu odrobiny wody rozciera się kryształem sody chlorek wapna, przez to tworzy się na ręce gęsta pasta, kryształ sody zmniejsza się, a ręka doznaje z początku uczucia ciepła, a później chłodu. Wcieranie trwa od 3—5 minut. Ręce opłukuje się wodą jałową, poczem stają się nadzwyczaj gładkie i czuć je chlorem. Woń chloru daje się usunąć z rąk przez obmycie ich 1—5% rozczynem wody amoniakalnej (aqua ammoniae). Ręce można w ten sposób odkażać 3—4 razy dziennie bez widocznych szkodliwych następstw dla skóry.

Sposób ten odkażania rąk okazał się, według Weira, nietylko klinicznie bardzo dobrym, ale i próby bakteryologiczne w porównaniu z innym sposobami odkażania rąk (metoda Fürbringera) dały najlepsze wyniki. Na 42 doświadczeń, w 40 okazały się ręce zupełnie jałowe, zatem zupełna aseptyka daje się osiągnąć przy użyciu tego sposobu w 95% przypadków.

Sposób ten odkażania rąk wypróbowałem po powrocie moim z Ameryki, a ponieważ mi oddawał dobre usługi, używam go prawie wyłącznie od 14 lat. Także w szpitalu garnizonowym oddał mi znakomite usługi. Na moją propozycyę wprowadził go prof. Kučera od wielu lat w zakładzie anatomii patologicznej w celach zapobiegawczych. Ręce przy użyciu tego sposobu nietylko bywają odkażone, ale i odwonione. Dawniej w zakładzie tym często występujące ropowice i wrzodzianki u asystentów i uczniów od czasu użycia tego sposobu prawie nigdy nie pojawiają się. Także w ginekologii nadaje się sposób ten znakomicie jako środek zapobiegawczy po badaniach przypadków septycznych i przy laparotomiach septycznych[15]).

Jako odpowiedniejsze do tego celu uważam jednak wygotowane grubsze rękawiczki gumowe, lub odkażone zapomocą chlorku wapna i sody.

W ostatnich latach przeprowadzam odkażanie rąk w następujący sposób.

1) Mycie rąk zwyczajnem mydłem albo spirytusem mydlanym przez 3—5 minut bez użycia szczotki, wiórów drzewnych lub t. p.

2) Wcieranie w dłoń chlorku wapna kryształem sody po dodatku odrobiny wody, aż do wytworzenia się gęstej śmietanowatej pasty. co trwa 2—3 minuty.

3) Rozprowadzenie i wcieranie tej pasty w grzbiety rąk, palce i przedramiona przez jedną do 2 minut i opłukanie z pasty ciepłą wodą wyjałowioną.

4) Zanurzenie rąk na 2 minuty w 3% wodzie borowej, względnie wymycie tą wodą rąk i przedramion i osuszenie wyjałowionym ręcznikiem.

W ostatnich czasach wycierałem nadto jeszcze dodatkowo ręce, palce i przedramiona 90—95% alkoholem. Czy to dodatkowe użycie alkoholu jest koniecznie potrzebne, czy też może przy tym sposobie odkażania nawet może być szkodliwem, tego rozstrzygnąć nie mogę. Nadmienić jednak muszę, że i bez dodatku alkoholu otrzymywałem takie same wyniki.

Sądzę, że ten sposób odkażania rąk odpowiada żądaniom, postawionym w ostatnich czasach przez chirurgów celem osiągnięcia względnego wyjałowienia rąk. Działa on i mechanicznie i zarazem chemicznie i to bakteryobojczo. Jeden z najpotężniejszych środków przeciwgnilnych: tlen »in statu nascendi« działa tu zabójczo na drobnoustroje. Chodzi tu przy zastosowaniu tego sposobu najprawdopodobniej i o działanie w głąb (Tiefenwirkung) i działanie trwałe (Dauerwirkung), przynajmniej wystarczające na czas trwania operacyi. Tłuszcz skóry i nabłonek, zawierający obficie zarazki, bywają usunięte. Zawartość zarazków w ręce bywa w ten sposób zredukowana do minimum, jeżeli nie całkiem usunięta, a w głębsze warstwy skóry wnikający podchloryn sodowy wywiązuje przez czas dłuższy wolny tlen.

W przeciwieństwie do metody Heusnera: odkażania zapomocą mieszanicy benzyny i parafiny z jodem i do odkażania zapomocą alkoholu z nalewką jodową, które zawsze wywołują szorstkość rąk, jak o tem się często przekonałem, ręce po tym sposobie odkażania, nawet po użyciu go w jednym dniu kilkakrotnie, bywają zawsze gładkie i miękkie i dlatego są dla zarazków mniej przystępne, osobliwie zaś, jeżeli po każdej operacyi użyje się gliceryny.

Woń chloru rąk ginie po paru godzinach, zresztą daje się usunąć zaraz wcieraniem w ręce po operacyi gliceryny z dodatkiem paru kropli olejku cytrynowego lub t. p.

Na podstawie mojego doświadczenia tego sposobu odkażania rąk przydatny jest tylko wysokostopniowy zupełnie czysty sprzedażny chlorek wapna, w opakowaniu szczelnem i nieprzemakalnem, używany do prania bielizny, znajdujący się w drogueryach w oryginalnych pakiecikach, uszczelnionych szelakiem po 50 grm. ($^1/_{20}$, $^1/_{10}$, $^1/_4$, $^1/_2$ i jednokilowych). Przekonałem się jednak, że najpraktyczniejsze są naj-

---

[14]) Leczenie ran zakażonych tlenem pod wysokiem ciśnieniem wprowadzone w r. 1904 przez Thiriara (méthode oxygène), t. j. wprowadzanie w nie tlenu z bomb metalowych pod ciśnieniem 120 atmosfer, nie daje się porównać z działaniem tlenu »in statu nascendi«, ponieważ działanie bakteryobójcze takiego tlenu jest o wiele silniejsze.

[15]) Pewien znajomy ginekolog był zmuszony wkrótce po badaniu rozpadającego się raka macicy operować ciążę pozamaciczną z przebiciem do jamy brzusznej. Po odkażeniu tym sposobem wykonał z dobrym wynikiem laparotomię.

mniejsze pakieciki po 50 grm.[16]), które zawsze otwierać się powinno bezpośrednio przed operacyą i przechowywać w suchem, ciepłem miejscu.

Tylko przy zbyt energicznem, zbyt długo trwającem, albo kilkakrotnie tego samego dnia powtarzanem odkażaniu występuje nieznaczne pieczenie grzbietu rąk, nie wywołujące jednak nigdy wyprysku.

Natomiast przestrzedz muszę przed używaniem zanieczyszczonego, w nieuszczelnionych pudełkach sprzedawanego podchlorynu wapniowego, który silnie drażni ręce. Szczotek, wiórów drzewnych i t. p. wcale nie używam przy tym sposobie odkażania, natomiast często obcinam paznokcie.

Czuję się poniekąd zobowiązanym polecić jaknajlepiej tę prostą, nadzwyczaj tanią, wielokrotnie przezemnie wypróbowaną i naukowo uzasadnioną metodę odkażania rąk, która środkami nadzwyczaj przystępnymi wykonać się daje, nietylko chirurgom zawodowym, ale także lekarzom prowincyonalnym, pracującym wśród skromnych warunków, a osobliwie dla użytku szpitali polowych, nietylko w celu ochrony ran przed zakażeniem, ale i dla własnej przed niem ochrony.

Lwów, w lutym 1917 r.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 25. IV. 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski, obecnych członków 33.

1) Przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Radwańska przedstawia **przypadek gruźlicy części pochwowej macicy** u chorej od dłuższego czasu na gruźlicę płuc i gruźlicę krtani. Chora, 22-letnia, od 8 miesięcy zamężna, nigdy nie rodziła, ani nie roniła. Zaczęła miesiączkować od 14 r. ż. do 16 r. ż. Wtedy przez $1^1/_2$ roku brak miesiączki. Obecnie od 8 miesięcy brak miesiączki i od 3 miesięcy upławy ropne, zielone, ciągnące się. Część pochwowa gruba, miękka. Na przedniej i tylnej wardze owrzodzenie, wielkości 5-koronówki. płytkie, o ostro ciętych brzegach, barwy ciemnoczerwonej, na niem żółtawe małe guzki. Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka, wykonane przez prof. Ciechanowskiego, wykazuje typowe utkanie gruźlicze. Ten wrzód gruźliczy jest zakażeniem wtórnem u chorej z gruźlicą ogólną. Brak miesiączki jest albo skutkiem wyniszczenia ustroju długotrwałą chorobą, albo może być objawem gruźlicy błony śluzowej trzonu macicy (endometritis tuberculosa). Rokowanie niekorzystne z powodu gruźlicy ogólnej. Leczenie w tym przypadku tylko miejscowe z tego samego powodu. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierał głos kol. prof. Braun i kol. Rychliński, który zaznacza, że przypadek ten kwalifikuje się tylko do leczenia ogólnego konserwatywnego ze względu na to, iż gruźlicą zajęte są równocześnie krtań i płuca.

3) Kol. Rychliński przedstawia przypadek **torbieli skórzakowej** jajnika, której treść składała się z szeregu regularnie ułożonych kulek w kształcie malin, co spotyka się bardzo rzadko.

4) Kol. prof. Dr Godlewski wygłosił wykład p. t. **Walka z epidemią przy pomocy kolumn sanitarnych.** Prelegent podaje krótki rys historyczny powstania kolumn sanitarnych krakowskiego Komitetu książęco-biskupiego (K. B. K.) w r. 1915. Opisuje ich organizacyę, podnosząc zasadę, że przy zwalczaniu epidemii kolumnami starano się szpitaliki zakładać w ogniskach epidemii; szpitale więc starano się sprowadzić do chorych. a nie chorych do szpitali. W Krakowie była główna centrala, przesyłająca żywność i leki. Każda kolumna ma swoją drugorzędną centralę, która zaopatruje poszczególne szpitaliki. Na czele kolumny stoi lekarz, który prowadzi leczenie, objeżdżając szpitale. Pielęgniarki mają role o wiele bardziej samodzielną, niż w innych szpitalach.

Prelegent podnosi gorliwość pracy lekarzy trzech kolumn i pielęgniarek w nich pracujących. Dalej omawia prelegent te właściwości kolumn, które sprawiają, że walka przy ich pomocy musi dać wyniki lepsze, niż sposobem dotychczasowym przy pomocy wyłącznie zarządzeń, wydawanych przez lekarzy powiatowych: 1) zupełna izolacya chorych, 2) fachowe leczenie i dobra pielęgnacya, 3) możliwość dokładnego odkażenia, 4) wykrywanie istotnych źródeł zakażenia i szerzenia zarazy, 5) rozbudzanie zaufania do medycyny, 6) kształcenie na miejscu pielęgniarek.

W dotychczasowem doświadczeniu ukazały się także ujemne strony, które w dalszej działalności trzebaby zmienić lub uzupełnić. 1) Przedewszystkiem wskazaneby było stworzenie kolumn dezynfekcyonujących i odwszawiających obok szpitalnych. 2) Większa ruchliwość kolumn, do czego dopomogłoby zwiększenie trenu, dostarczenie lekarzowi automobilu. 3) Większe współdziałanie a) lekarzy, b) ludności, c) władz. Co do lekarzy zwrócił prelegent uwagę, że zawiodła w czasie wojny rachuba na udział kobiet-lekarzy, od których wolno było się spodziewać pracy dla ludności cywilnej. Lekarze powiatowi niekiedy trzymają się zanadto litery przepisów, zamiast ducha ustawy. Ludność naogół życzliwie przyjmuje pracę społeczno-sanitarną, ale dużo się zdarza przypadków ukrywania chorych, utrudnień przy umieszczeniu szpitali i t. p. Z władzami trudności są bardzo duże. Dotąd nie było prawie zwyczaju udziału społeczeństwa w pracach sanitarnych. Takie prace wymagają współdziałania i pomocy różnych władz, a więc kolejowych, aprowizacyjnych, sanitarnych, organów bezpieczeństwa i t. d. Na ogół u władz jest niechęć do udziału społeczeństwa w pracy, która dotąd nie była tknięta przez organa pracy społecznej pozaurzędowej. Na przykładach ilustruje prelegent, ile energii musi się marnować tylko na zwalczanie trudności robionych tam, gdzie ich najmniej należałoby oczekiwać, gdyby wszyscy byli ożywieni wyłącznie chęcią istotnego ułatwienia pracy dla dobra społeczeństwa. Prelegent proponuje wybranie komisyi, któraby rozpatrzyła sprawę kolumn sanitarnych po wojnie, bo ta instytucya nie powinna wtedy się rozwiązać, ale pozostać w gotowości dla tłumienia epidemii. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Kol. Weinsberg: Utrudnienia w pracy sanitarnej pochodzą bardzo często ze strony urzędników, którzy zapominają, że powinni iść na rękę władzom sanitarnym i ze strony Namiestnictwa, które strzegąc interesów skarbu, cofa się przed wydatkami.

b) Kol. Blassberg: Najnowsze zdobycze nauki powinny stać się udziałem i sfer nielekarskich, które w służbie sanitarnej nieraz biorą udział. W Narolu w r. 1915 żandarm był rozsadnikiem cholery. Gdy ludność do połowy spalonej wsi musiała się mieścić gęsto w ocalonych zabudowaniach, a w pojedyńczych domostwach wybuchły przypadki cholery, żandarm pozostałych mieszkańców zakażonego domu w najlepszej myśli porozdzielał po innych domach i w ten sposób rozszerzył zarazę.

c) Kol. Momidłowski: Utrudnienia, z jakiemi spotyka się wszelka praca sanitarna, należałoby jeszcze jaskrawiej przedstawić, niż to uczynił prelegent. Lekarze, tłumiący zarazę, powinni na miejscu zastać wszystko przygotowane przez władze autonomiczne, a sami zająć się tylko tłumieniem. Ażeby jak najlepsze warunki uzyskać w przyszłej Polsce, należałoby całą służbę sanitarną scentralizować w jednym urzędzie. Jeżeli kolumny po wojnie się utrzymają, to mogą oddać wielkie przysługi służbie sanitarnej.

d) Kol. prof. Rosner zapytuje, czy prelegent dostrzegł jakie różnice w kulturze sanitarnej między ludnością Królestwa a Galicyi.

e) Kol. Blassberg zapytuje, czy kolumny sanitarne szczepiły także przeciw cholerze i przeciw durowi.

f) Kol. prof. Ciechanowski: Praca społeczna higieniczna traci u nas dużo energii na zwalczanie przeszkód. Dzieje się to dlatego, że w sferach urzędniczych nie ma przygotowania społeczno-higienicznego, co więcej sprawy sanitarne i społeczno-higieniczne są niestety nawet dla wielu lekarzy dosyć obojętne; n. p. sprawa organizacyi sanitarnej w Państwie Polskiem i w Galicyi zainteresowała tylko pewną zbyt szczupłą grupę lekarzy. Należałoby stworzyć i w Krakowie osobne Towarzystwo higieniczne, lub przynajmniej powstaćby powinna odpowiednia Sekcya w Towarzystwie lekarskiem, któraby pobudziła zainteresowanie lekarzy dla pracy higieniczno-społecznej.

[16]) Pakiecik w oryginalnem opakowaniu 50-gramowy kosztuje 6 halerzy.

g) Kol. prof. Godlewski: Kultura sanitarna Królestwa stoi niżej, niż kultura Galicyi zachodniej; niżej niż obie stoi kultura sanitarna Galicyi wschodniej. Systematycznych szczepień przeciw cholerze nie było można przeprowadzać z powodu oporu ludności, która obawiała się zdarzających się po tych szczepieniach powikłań, jak gorączki, ropni i t. p.

Do komisyi, zaproponowanej przez prelegenta zostali wybrani następujący koledzy: Blassberg, Bujak, Ciechanowski, Godlewski, Janiszewski, Michejdzina, Momidłowski, Nitsch, Wrzosek, Ziembicki.

Sekretarka doroczna: Dr Wyżykowska-Michejdzina.

Na czem polega umiejętny nadzór nad żywnością i jak ten nadzór należałoby zorganizować w Polsce.

Referat wygłoszony w sekcyi sanitarno-lekarskiej II-go Zjazdu higienistów polskich w Warszawie w dniu 30 czerwca 1917

przez

Dra Leonarda Biera,
Dyrektora c. k. Zakładu powszechnego do badania żywności w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Według § 7 amerykańskiej ustawy (The Food and Drugs Act) z 30 czerwca 1906 uznaje się produkt spożywczy za »zafałszowany«:

1) jeśli domieszano doń lub dopakowano jakiekolwiek ciało, które umniejsza jego jakość lub siłę obniża, lub oddziaływa na nią szkodliwie;

2) jeżeli przedmiot właściwy w całości lub częściowo zastąpiono innem ciałem;

3) jeśli produktowi odjęto jakiś składnik wartościowy w całości lub częściowo;

4) jeśli je tak wymieszano, zafarbowano, sproszkowano, pokryto jakąś polewą lub farbą, że ta manipulacya ukryła ich zepsucie lub jakość poślednią;

5) jeśli dodano do niego jakieś ciało trujące lub inne szkodliwe dla zdrowia; przez co nabyło i ono własności szkodliwych dla zdrowia.

W y j ą t e k. Jeśli środki spożywcze celem wywozu ich okrętem zakonserwowano środkiem zastosowanym zewnętrznie tak, że środek użyty do zakonserwowania przed użyciem produktu musi być usunięty mechanicznie, przez zamoczenie we wodzie lub innym sposobem — na opakowaniu zaś umieszczono pouczenie drukowane, w jaki sposób ciało konserwujące należy usunąć, — postanowienia powyższego ustępu mają mieć zastosowanie do wymienionych produktów tylko w czasie, gdy są gotowe do spożycia.

6) jeśli złożone są w całości lub w części z ciał zwierzęcych, lub roślinnych zanieczyszczonych, rozkładających się lub gnijących, albo też z części ciała zwierzęcego nie nadającego się do spożycia już to przyrządzonego już też nie przyrządzonego — albo też, jeśli pochodzą ze zwierzęcia zdechłego lub padłego inną śmiercią, nie przez rzeź.

Paragraf 8-my tejże ustawy określa własności produktów »fałszywie oznaczonych« w sposób następujący:

1) jeśli przedstawiają się jako naśladownictwo albo podawane są na sprzedaż pod nazwą innego produktu spożywczego;

2) jeśli są tak etykietowane lub oznaczone, że przez to kupujący jest oszukanym lub wrowadzonym w błąd, albo jeśli podane są wbrew prawdzie za produkt zagraniczny, albo gdy zawartość pierwotną zapakowania całkowicie lub częściowo usunięto zastępując ją inną;

3) jeśli na opakowaniach ewentualne określenia co do wagi lub miary zawartego artykułu nie są na zewnątrz podane wyraźnie lub zgodnie z prawdą;

4) jeśli opakowania lub etykiety odnośnie do składników lub ciał zawartych w produkcie spożywczym zawierają określenia, oznaczenia lub napis, które co do któregokolwiek punktu są fałszywe lub wprowadzają w błąd.

Wyjątki w tym względzie: Produkta spożywcze, które nie zawierają dodatku składników trujących lub szkodliwych zdrowiu nie należy uważać za zafałszowane lub fałszywie oznaczone w wypadkach następujących:

1) jeśli idzie o produkta złożone lub mieszane, które obecnie lub w przyszłości znane będą pod szczególnem określeniem (distinctive names) i nie przedstawiają się ani jako naśladownictwo innego produktu spożywczego, ani też nie są podawane na sprzedaż pod nazwą innego produktu, jeśli na etykiecie lub na napisie obok właściwej ich nazwy podane będzie również miejsce ich sporządzenia lub wyrobu;

2) w wypadkach dotyczących produktów spożywczych złożonych, naśladowanych lub rozcieńczonych, jeśli na etykietach, napisach lub dowieszkach są one niedwuznacznie jako takie oznaczone i słowo »produkt złożony« (compound), »naśladowany« (imitation), albo »rozcieńczony« (blend) wyraźnie jest umieszczone na opakowaniu, w którem podaje się je do sprzedaży.

Jednym ze słabych punktów austryackiej ustawy z 16/1 1896 jest ustęp 4 paragrafu 11-go, nie mający analogicznego ustępu w ustawie niemieckiej z 14 maja 1879. Według niego czyn sprzedaży przedmiotu zafałszowanego, podrobionego, zepsutego, ukróconego w swej wartości spożywczej dopiero wtedy staje się karygodnym, jeśli kupiec sprzedał go będąc świadomym tych własności, chyba że kupujący już na oko mógł był własności te rozpoznać. Tem postanowieniem ustawy austryackiej część odpowiedzialności za sprzedaż produktu nieodpowiedniego, postarano się złożyć na kupującego, gdy właśnie kupujący, nader często nieświadomy, jakie własności normalne, czy prawidłowe winien posiadać towar, t e m b a r d z i e j winien znaleść ochronę w ustawie, im więcej jest tych własności nieświadomym lub mało inteligentnym. W tym względzie ustawa niemiecka lepiej ochrania kupującego stanowiąc, że kupca wtedy tylko zwalnia się od odpowiedzialności karnej za sprzedaż nieodpowiedniego produktu, jeśli kupującego objaśnił, że sprzedany produkt jest zepsuty, zafałszowany, podrobiony i td. Według ustawy niemieckiej jest zatem kupiec obowiązanym podać do wiadomości kupującego nieodpowiednie własności sprzedawanego towaru, czego domyślić się lub rozpoznać powinien po części kupujący według ustawodawstwa austryackiego. Kodyfikacya ta w ustawie austryackiej nie bardzo szczęśliwa, wynik wielokrotnych debat komisyjnych — jest ustępstwem wobec interesowanych sfer biorących udział przy obradach i dowodzi, jak czujnym być trzeba przy tego rodzaju obradach, by z tej strony nie zaskoczono postulatów hygieny, opieki społecznej i doświadczenia sądowo-karnego.

Nie ulega wątpliwości, że bardzo wiele produktów zafałszowanych, podrobionych, fałszywie oznaczonych, zepsutych sprzedają drobni kupcy, nie mając świadomości o tym ich stanie i że czynią to bądźto wierząc, że nabyty przez nich towar jest normalnym i bez zarzutu, bądźteż nie dokładając starań, by się przekonać o dobroci nabywanego towaru i wychodząc z założenia, że j e ś l i t y l k o s p r z e d a j ą t o w a r y w t y m s t a n i e, w j a k i m j e n a b y l i — n i e m o ż e i c h s p o t k a ć ż a d n a k a r a. Nie potrzebuję chyba bliżej uzasadniać, że tak rozumować może tylko kupiec n i e ś w i a d o m y s w y c h o b o w i ą z k ó w w o b e c k l i e n t e l i i kupiec, którego jedyną zasadą jest nabyty towar sprzedać z zyskiem możliwie największym bez znajomości towaroznawstwa i najpierwotniejszych pojęć, jak z towarami spożywczemi obchodzić się należy, jak trzeba je przechowywać w sklepie, by nie straciły własności, przez które zdatne są do użytku jako pokarm dla ludzi. By sprzedaż nieodpowiednich w rozumieniu omawianej ustawy artykułów przez kupców niedbałych i przez niedbalstwo nieuczciwych nie mogła uchodzić bezkarnie, koniecznym jest w karnej części ustawodawstwa odpowiedni paragraf s a n k c y o n u j ą c y o d p o w i e d z i a l n o ś ć k a r n ą z a u d o w o d n i o n ą, c z y s t w i e r d z o n ą n i e d b a ł o ś ć — t e m k o n i e c z n i e j s z y i m n a n i ż s z y m p o z i o m i e z a w o d o w y m p o z o s t a j e o g ó ł s t a n u k u p i e c k i e g o. Jak zaś niedbałość w tym względzie stwierdzić, w omówienie tego nie mogę się wdawać w ramach niniejszego referatu, gdyż stanowi to temat odrębny, ciekawy przedewszystkiem dla wyrokującego sędziego i dla interesowanego stanu kupieckiego obok ustawodawcy, który może go już zaznaczyć w samej ustawie, pozostawiając jednak bliższe jego ujęcie rozporządzeniom wykonawczym, administracyjnym i sądowym.

Obok wyliczonych powyżej przestępstw karanych w drodze wyroku sądowego zalicza wspomniane ustawodawstwo o nadzorze nad żywnością wszystkich państw kulturnych jeszcze pominięcie rozporządzeń o wyrobie poszczególnych produktów wydanych przez rząd państwowy na podstawie upoważnienia, o którem powyżej była mowa, nadto przestępstwo wynikające

z uniemożliwienia lub utrudnienia spełniania nadzoru przez organa do tego nadzoru mocą omawianego ustawodawstwa powołane. Uzasadnienie karygodności tych czynów zdaje mi się zbytecznem, dlatego je też pominę.

Przechodzę do sprawy, kto i jak wykonywać ma nadzór. Nowsze ustawy o nadzorze nad żywnością szerokie dają upoważnienia organom kontrolnym do wkraczania urzędowego nie tylko na otwartych miejscach sprzedaży ale i do miejsc wyrobu, przetwarzania, przechowywania i wszelkich miejsc sprzedaży, prawo badania nietylko gotowych już do sprzedaży produktów ale i materyałów surowcowych, z których się je wytwarza, badania sposobu fabrykacyi, przeróbki i przechowywania, przyczem fabrykant, czy kupiec obowiązanym jest pod grozą odpowiedzialności sądowokarnej do udzielania potrzebnych wyjaśnień, prawo niszczenia przedmiotów szkodliwych zdrowiu oraz zajmowania podejrzanych o szkodliwość i zafałszowanych, w końcu prawo poboru prób gotowego już produktu lub materjałów surowych celem ścisłego ich zbadania w urzędowym zakładzie badawczym. Z tego zestawienia praw i obowiązków ujętych w ustawach wynika, że prawa te i obowiązki przysługiwać mogą jedynie osobom do zadań tych dostatecznie ukwalifikowanym na zasadzie ogólnego i specyalnego przygotowania, że zadań tych nie mogą spełniać pachołkowie gminni lub policyanci a nawet żandarmi, lecz odpowiednio wykształcone i — dodajmy zaraz — dostatecznie uposażone osoby. Do takich zaliczają nowsze ustawy lekarzy uprawnionych na podstawie specjalnego egzaminu do zajmowania stanowisk w publicznej służbie zdrowia oraz co do mięsa, wyrobów mięsnych i w pewnym zakresie co do mleka, czynnych w służbie publicznej weterynarzy. Korzystne to dla sprawy tam, gdzie lekarze i weterynarze do spełnienia zadania tego nabyć mogą odpowiednie przygotowanie na specjalnych kursach, a w pracy swej urzędowej w tej dziedzinie znajdują stałą podnietę i zachętę przez styczność z odnośnym dla ich okręgu urzędowego zakładem badawczym, jakoteż przez delegowanie ich na kursa uzupełniające w kilkuletnich odstępach czasu. — Pozatem we wszystkich państwach nowoczesnych powołuje się do wykonania nadzoru osobnych urzędników bądź autonomicznych miejskich, nazwanych np. w Austryi »komisarzami targowymi«, lub też jak w Szwajcaryi »kantonalnych inspektorów żywności«, czynnych na tem polu obok »ekspertów miejscowych« i »miejscowych komisyi zdrowotnych«, lub też urzędników rządowych specyalnie do tego celu powołanych, jak przewiduje to ustawa austryacka i wprowadziła ustawa amerykańska, obie przywiązując ich na równi z inspektorami kontonalnymi do głównych zakładów badawczych rządowych, jako do ich przełożonej instytucyi, dla której mają pracować. Niezależnie od tego przysługują w nowoczesnych ustawach wszelkie prawa kontrolne zawodowym urzędnikom państwowych zakładów badawczych, delegowanym do spełnienia tych zadań przez przełożonego zakładu.

Sposób postępowania przy rewizyach regulują bądź już odnośne ustawy lub wydane do nich rozporządzenia wykonawcre i sposób ten jest wpajany na odpowiednich kursach przygotowawczych, które tak w Niemczech, jak i w Austryi, oraz w Szwajcaryi, przechodzić muszą wspomniani kandydaci na komisarzy czy inspektorów w zakładach badawczych — kursach, jak w Austryi, najmniej 6-tygodniowych i zakończonych egzaminem dyplomowym wobec komisyi egzaminacyjnej rządowej. Nauka podczas tego kursu wypełniająca obok wycieczek wraz z ćwiczeniami cały dzień, obejmuje u nas następujące przedmioty: 1) oględziny mięsa i bydła, 2) znawstwo środków spożywczych i przedmiotów użytku z wyjątkiem produktów roślinnych, 3) roślinne środki spożywcze wraz z nauką o grzybach jadalnych i najważniejszych ludowych roślinnych środkach leczniczych, pojawiających się na targu, 4) naukę o nafcie, oraz 5) ustawodawstwo i organizacyę władz.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dnia 14 lipca b. r. odbyło się w sali Tow. lekarskiego posiedzenie kraj. komisyi dla zwalczania gruźlicy. Posiedzenie poświęcone było głównie opracowaniu statutu i sprawie otrzymania od rządu koniecznych funduszów. Kraj. komisya uchwaliła zaprosić na stanowisko prezesa komisyi namiestnika eksc. hr. Huyna, na wiceprezesów zaś wybrała protomedyka Dr Lachowicza i szefa depart. sanitarnego Wydziału kraj. Dr S. Bernadzikowskiego. W sprawie krzywdzącego nasz kraj podziału funduszów państwowych, przeznaczonych na cele walki z gruźlicą, zwrócono się do Koła polskiego z prośbą o interwencyę. Prezydyum Koła dało zapewnienie, że sprawa ta niezwłocznie zostanie u sfer decydujących poruszona. Szczegółowo opracowany przez komisyę budżet wykazuje, że dla rozpoczęcia szerzej zakrojonej akcyi w kraju potrzeba jest conajmniej 6·7 milionów koron. (Dotychczas otrzymał nasz kraj, jak wiadomo, 150.000 koron i to dla sanatoryum arcyks. w Rajczy).

— Dr Ksawery Lewkowicz, profesor nadzwyczajny Uniwersytetu Jagiellońskiego i dyrektor kliniki pedyatrycznej, otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

Lwów. Dr H. Schram, docent chirurgii w Uniwersytecie lwowskim z tytułem profesora, został mianowany profesorem nadzwyczajnym.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 34. Kraków, 25. sierpnia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4 1/3 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 25. sierpnia 1917. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Krwawienie z odbytnicy, jako objaw chorobowy i ciekawsza kazuistyka z tej dziedziny

opracował

Dr Waleryan Kowenicki.

Krwawienie z odbytnicy ma tak rozległą etyologię i występuje w tak różnorodnych chorobach, iż ze stanowiska lekarza praktycznego zasługuje ze wszech miar na omówienie. Chciałbym zatem zwrócić wedle możności uwagę na wyzyskanie tego objawu do celów rozpoznawczych.

Etyologicznie rzecz biorąc, wchodzą w rachubę następujące rodzaje krwawienia z odbytnicy: 1) krwawienie urazowe, 2) krwawienie wskutek pęknięcia około odbytu (fissura ani), 3) w następstwie guzów krwawniczych, 4) jako objaw ostrego, lub rzadziej przewlekłego nieżytu błony śluzowej odbytnicy, 5) przy wyroślach błony śluzowej polipowych, usadowionych blizko odbytu lub wyżej (nie mówię tutaj o krwawieniach z wysoko położonych odcinków przewodu pokarmowego n. p. z żołądka lub z dwunastnicy, w których krew występuje już zmieniona, fusowata, ewentualnie utajona), 6) przy raku odbytnicy, 7) przy chorobach krwi, jak krwawiączka (haemophilia), plamica (purpura, morbus maculosus Werlhofi), gnilec, białaczka, niedokrwistość złośliwa, 8) jako objaw czerwonki, 9) w durze brzusznym, 10) przy wgłobieniu kiszki, 11) w gruźlicy kiszek, 12) również w rzadkich wypadkach kiły odbytnicy, 13) wśród pewnych zatruć n. p. fosforem, grzybami jadowitymi, 14) wskutek niektórych pasorzytów, żyjących w kiszkach (jak anchylostomum duodenale), 15) przy wadach serca, marskości nerek i przy miażdżycy naczyń krwionośnych, 16) w następstwie zastoju z powodu zmian w żyle wrotnej, 17) wskutek zatoru i zawału w obrębie tętnicy krezkowej dolnej.

W pewnych przypadkach występuje krwawienie przez przenikanie z błony śluzowej (per diapedesim), jak n. p. najczęściej przy wadach serca, zapaleniu odbytnicy, wgłobieniu jelit, przy zatorze i zawale w obrębie tętnicy krezkowej, w innych przypadkach przez pękanie naczyń.

Omawiając niektóre z powyżej wyliczonych przyczyn krwawienia zwrócę uwagę na trudności rozpoznawcze, wyłaniające się niekiedy.

Krwawienie urazowe powstać może w następstwie urazu z zewnątrz działającego (samogwałt, ciało obce, pęknięcie kiszki wskutek urazu w brzuch narzędziem tępem, wskutek postrzału lub rany kłutej jelit), jak i w następstwie urazu ciałem obcem, zawartem w kale (kawałek szkła, ostrego ciała, zwłaszcza w chwili przechodzenia przez odbyt w czasie defekacyi).

Przy szczelinie odbytu łączy się krwawienie, które niekiedy może być nader obfite, z silnym bólem w okolicy odbytu, szczególnie przy defekacyi, wywołanym odruchowym kurczem zwieracza odbytu, a u małych dzieci (osesków) występuje odruchowo zaparcie stolca i niemożność oddawania moczu lub bolesne oddawanie moczu, przyczem czasem pojawiają się drgawki.

Przy badaniu odbytu, zwłaszcza wziernikiem, widzi się pęknięcie błony śluzowej większe lub mniejsze, najczęściej pojedyńcze, rzadziej wielokrotne, o brzegach niekiedy zgrubiałych, tem bardziej, jeśli sprawa trwa czas dłuższy.

Również przy niezupełnej wewnętrznej przetoce odbytu krwawienie z odbytu obok innych objawów zmusza do badania odbytnicy palcem i wyjaśnia przyczynę krwawienia.

Guzów krwawniczych krwawiących nie należy rozpoznawać na »słowo honoru« chorego, tylko badaniem palcem, a nawet wziernikiem; znam przypadki, leczone przez kilka miesięcy jako »hemoroidy«, które przy badaniu przez odbytnicę okazały się przypadkami raka odbytnicy, niestety nie dającym się już doszczętnie operować.

Wobec wielkiej stosunkowo częstości raka odbytnicy, zdarzającego się tak u mężczyzn, jak u kobiet, najczęściej w wieku powyżej lat 40, zaniechanie badania przez odbytnicę przy krwawieniu z odbytu byłoby wprost karygodnym błędem.

Przytoczę tu przypadek, który mi zawsze zostanie w pamięci. Przed laty około 16 wezwany zostałem na naradę do chorego, liczącego lat około 60, który od dwu tygodni gorączkował nie uskarżając się zresztą na żadne dolegliwości. Po zbadaniu szczegółowem chorego nie znalazłszy niczego, coby uzasadniało ogólny ciężki stan chorego i wysoką gorączkę, wprowadziłem palec do odbytnicy i znalazłem olbrzymie guzy krwawnicze, a wysoko ponad zwieraczami na tylnej ścianie odbytnicy natrafiłem na otwór, poczem z odbytu wylała się znaczna ilość ropy i krwi. Chory przyznał się, że przed trzema tygodniami, chcąc zrobić sobie wlewanie z hegara po wprowadzeniu do odbytu zwykłej twardej nasadki uczuł silny ból w kiszce, a w kilka dni potem zaczął gorączkować. Mieliśmy tedy do czynienia z ropowicą przyodbytniczą. Chory poddał się zabiegowi operacyjnemu i wkrótce wyzdrowiał.

Przy nieżycie odbytnicy krwawienie najczęściej nie jest obfite, ale połączone z parciem na stolec i innymi objawami nieżytu kiszki, t. j. większą lub mniejszą ilością śluzu na powierzchni kału i bólami w dolnym lewym odcinku brzucha.

Widziałem przypadek polipa błony śluzowej u dziewczynki 12-letniej, chorej na nieżyt kiszek, usadowionego powyżej trzeciego zwieracza, wywołującego krwawienie w czasie defekacyi. Przywołany lekarz, znalazłszy polipa na zewnątrz odbytu z powodu powstałego po defekacyi wypadnięcia odbytnicy, odciął nożyczkami narośl i bez zaopatrzenia rany pooperacyjnej odprowadził wypadnięcie; w $1/2$ godziny później wezwany znalazłem chorą bardzo niedokrwistą, a ponieważ okłucie z powodu kruchości błony śluzowej odbytnicy było utrudnione, wytamponowałem silnie odbytnicę we wzierniku, zostawiając równocześnie obok tamponu dren do odprowadzania gazów. Przypadek zakończył się pomyślnie.

Naturalnie w przypadkach tych nieraz palcem wykryć polipa nie można, lecz dopiero przez rektoromanoskopię.

W czerwonce powstaje, jak wiadomo, krwawienie z owrzodzeń kiszki grubej, niekiedy i jelita biodrowego. Obfitość krwawienia zależy od ilości owrzodzeń i od ich głębokości, to też w czerwonce spotykamy się to z nieznacznem, to znów z bardzo obfitem krwawieniem. W pierwszym przypadku, oglądając wypróżnienie, widzimy większą lub mniejszą ilość śluzu, pomieszaną z krwią, w drugim wielką ilość krwi płynnej lub skrzepy krwi. Zespół objawów czerwonki, jak bolesność w okolicy odbytnicy i pętli esowatej, parcie na stolec bolesne, ogólne objawy choroby zakaźnej wskazują w danym przypadku na przyczynę krwawienia.

Krwawienie w durze brzuszym występuje najczęściej w trzecim tygodniu trwania choroby, zwłaszcza przy głęboko drążących wrzodach durowych. Często dołączają się wówczas objawy zadrażnienia otrzewny.

Wgłobienie jelita dość często występuje u dzieci,

i to tak u oseskow, jak i starszych dzieci niemniej zdarza się i u dorosłych. Przed 10 mniej więcej laty spostrzegałem przypadek wgłobienia u oseska 4-miesięcznego, płci męzkiej. Wedle podania matki dziecko przez kilka tygodni chorowało na biegunkę naprzemian z zaparciem. Ostatnia choroba objawiła się nagle bólem w brzuchu, parciem na stolec i krwawymi skąpymi odchodami. Rozpoznałem wówczas wgłobienie na podstawie najpierw znamiennych wywiadów (poprzedzająca biegunka naprzemian z zaparciem), a następnie nagłego początku choroby bez gorączki, na podstawie krwawych stolców, wzdęcia brzucha i stawiania się jelit, charakterystycznej kiełbasowatej oporności w okolicy pętli esowatej i wreszcie stwierdzenia wgłobienia przy badaniu palcem przez odbytnicę. Matka nie zgodziła się na zabieg operacyjny i niemowlę wśród wymiotów i zapadu ogólnego w 24 godzin zakończyło życie. Ten przypadek razem ze mną obserwowało dwu jeszcze kolegów, rozpoznając również wgłobienie.

W r. 1914 zostałem wezwany do dziecka 4-letniego, płci męskiej, rzekomo chorego od kilku miesięcy na nieżyt kiszek i mimo to, jak mi rodzice opowiadali, wywracającego często »koziołki«. Dziecko o godz. 9 rano zjadło rzekomo dwie pomadki, potem w 1/2 godziny miało dwa wypróżnienia prawidłowe, niebolesne, a o godz. 12 w południe zachorowało nagle wśród silnych bólów brzucha, parcia na stolec i krwawych odchodów. Matka twierdziła, że dziecko zatruło się pomadkami. Badanie o godz. 2 popołudniu wykazało: brzuch lekko wzdęty, bolesność w okolicy pętli esowatej, stolec śluzowokrwawy, tętno słabe, ale nie szybkie, ciepłota prawidłowa. Lecząc przed dwoma tygodniami w sąsiedztwie chorego na czerwonkę, rozpoznałem również u tego dziecka czerwonkę. Wezwany o godz. 10 w nocy stwierdziłem guz podłużny, kiełbasowaty, w okolicy pętli esowatej, bolesny, wzmożone ruchy robaczkowe powyżej guza i wzdęte jelita, wymioty śluzowe, częścią żółciowe, tętno szybkie, twarz bladą z rysami zaostrzonymi, ciepłotę ciała prawidłową. Wlanie do kiszki około $1^1/_2$ litra wody głęboko wprowadzonym drenem, usunęło wgłobienie.

W początku wgłobienia, gdy niema jeszcze typowego guza kiełbasowatego, rozpoznanie może być tedy utrudnione.

G r u ź l i c a k i s z e k dość rzadko występuje samoistnie i dość rzadko wywołuje krwawienie, często bowiem anatomopatolog, jak i chirurg, przy operacyi na jelitach znajduje owrzodzenia gruźlicze kiszek, które za życia nie wywoływały krwawienia.

O nader rzadkim przypadku krwawienia z odbytnicy przy kile odbytnicy (proctitis luetica) u dziecka rocznego opowiadał mi ś. p. prof. Antoni Gabryszewski. Krwawienie, które trwało dłuższy czas mimo leczenia, ustało bezpowrotnie po doszczętnem leczeniu przeciwkiłowem w Iwoniczu.

Bardzo ciekawy przypadek plamicy z obfitemi krwawieniami z odbytnicy spostrzegałem przed 12 laty u chłopca 9-letniego, tem ciekawszy, że obok wymiotów krwawych i krwawienia z narządów moczowych wystąpił krwotok mózgowy z drgawkami, a następnie z porażeniem połowiczem i rozszerzeniem źrenicy po przeciwnej stronie (prawdopodobnie krwawienie w okolicy mostu Varola). Ciężkie objawy te wystąpiły u dziecka pod koniec mieszkowego zapalenia migdałków. Przypadek zakończył się pomyślnie.

Rzecz powyższą przedstawiłem ze stanowiska lekarza praktyka, nie przeglądając piśmiennictwa odnośnego.

Choroby uszne a służba wojskowa.

Podał

Dr R. Spira.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie 4. IV. 1917).

Książka służbowa, zawierająca przepisy badania lekarskiego obowiązanych do służby wojskowej, składa się z dwu części. Pierwsza część podaje sposoby badania poszczególnych części ciała, druga zawiera wskazówki do ocenienia wyników badania pod względem stopnia zdolności do służby wojskowej. Wszystkie te przepisy odznaczają się wielką ścisłością i zwięzłością, która jednakże nieraz wymaga wyjaśnienia i uzupełnienia.

W drugiej części tej książeczki w numerach 8—13 wyliczono choroby narządu słuchowego i ich ocenę. Tu zaraz uderzyć musi, że z chorób ucha środkowego, które, jak wiadomo, należą do najczęstszych i najważniejszych cierpień tego narządu, przytoczono tylko jedną chorobę, a mianowicie przewlekłe, trudno uleczalne zapalenie ropne pod »Nr. 13. Verzeichnis C.«. Nasuwa się pytanie, co ma się dziać z innemi chorobami, zwłaszcza z innemi postaciami ropienia usznego? O tem żadnej wzmianki niema. Widziałem nieraz chorych z przewlekłem ropieniem usznem, uznanych za zdolnych i wysłanych z batalionem marszowym. Otóż z takiem ocenianiem tej choroby zgodzić się trudno.

Na jednem z posiedzeń lekarzy wojskowych w Krakowie w roku 1916 przytoczono porównanie z cywilnymi robotnikami fabrycznymi, którzy mimo ropienia usznego mogą bez szkody ciężko pracować. Atoli porównanie to wcale nie jest trafne. Praca czysto mechaniczna i fizyczna może, co prawda, w obu stanach być równie ciężka. Jednakże nie o taki czynnik szkodliwy chodzi w służbie wojskowej. Wyobraźmy sobie szkodliwe wpływy atmosferyczne, na które żołnierz nieraz jest wystawiony, jeżeli musi we dnie i w nocy maszerować godzinami w deszczu, w burzy, w wietrze lub śnieżycy, jeżeli w rowach strzeleckich przepędzać musi godziny do kostek w wodzie, błocie lub śniegu, jeżeli wiele nocy musi leżeć na mokrej, bagnistej ziemi. To są czynniki szkodliwe, których robotnik fabryczny nie zna. Robotnik fabryczny pracuje zawsze lub przeważnie pod dachem, osłonięty przed niekorzystnymi wpływami atmosferycznymi i może w razie potrzeby nawet z domu do warsztatu przejeżdżać krytym wozem lub tramwajem. A właśnie tych wpływów atmosferycznych tu najwięcej obawiać się należy, gdyż mogą one wywołać w przewlekłych ropieniach usznych łatwo nawroty, zaostrzenia lub powikłania. Zaziębienie jamy bębenkowej, świeży ostry nieżyt nosa lub gardła, wywołując przekrwienie lub przesiąk w uchu środkowem stwarza korzystne warunki rozwoju i rozszerzenia się drobnoustrojów, co sprzyja znów wnikaniu ich do jamy czaszkowej lub do ogólnego obiegu krwi. Stan taki równa się beczce z prochem, do której niespodzianie dostać się może iskra i wywołać wybuch. Niebezpieczeństwo to wzmaga się w stosunku geometrycznym do obojętności, z którą się je traktuje.

Chory taki, w razie wystąpienia na polu walk powikłania, ma dopiero być przewieziony do szpitala. Otóż wyobraźmy sobie położenie takiego chorego, który wśród zawrotu głowy, wymiotów, z bólem głowy i z gorączką, z grożącem zapaleniem opon mózgowych lub grożącem przebiciem ropnia mózgowego, ma być odesłany w celu leczenia specyalistycznego do zakładu leczniczego nieraz po złych drogach i na niestosownych wozach. Tu musimy się przyłączyć do zdania Imhofera, który pisze: »dass es ein Missverstehen des Geistes der diesbezüglichen Vorschriften wäre, wenn man die Truppe mit hinsichtlich des Gesichts- oder Gehörsinnes unzulänglicher oder fortwährender Behandlung und Schonung bedürftigen Leuten belassen würde«. (Der Militärarzt 1914).

Więc co ma się stać z takimi chorymi? Za dalekoby nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli tu omówić różnorodne postacie ropienia ucha środkowego. Zasadą powinno być oddawanie każdego popisowego, dotkniętego ropieniem usznem, do szpitala wojskowego w celu stwierdzenia i skwalifikowania choroby. Tutaj specyalista wojskowy powinien zapomocą badania, obserwowania i prób leczniczych upewnić się, czy choroba daje się łatwo albo trudno wyleczyć. W pierwszym razie zbadany ma pozostać w leczeniu aż do zupełnego wyzdrowienia, potem można go oddać do kadry, jako zdolnego do służby. Dla takich przypadków przydałaby się rubryka za wzorem przepisów niemieckich: Anlage 1 C. Nr. 31: »Krankheiten oder Gebrechen, die zeitig untauglich machen, also beseitigt oder doch so vermindert werden können, dass vollkommene oder bedingte Tauglichkeit, zutreffendenfalls Feld- oder Garnizonsdienstfähigkeit eintritt«. Jeżeli zaś choroba okazuje się trudno uleczalną, to rubryka nasza 13. C. znajduje zupełne zastosowanie (Gebrechen, welche die Tauglichkeit zum Waffen- u. Hilfsdienst aufheben). Kiedy jednak choroba jest łatwo, a kiedy trudno wyleczalną, tego w kilku słowach streścić nie można. Bliższe wskazówki mogłyby być podane w pierwszej, ogólnej części wspomnianej książki służbowej.

Przyczyny trudnej uleczalności ropienia usznego są tak różnorodne, że przytoczenie ich dla każdego z osobna przypadku zanadto byłoby rozwlekłe. Wyraz »offenkundig schwer heilbar« w przytoczonej rubryce 13 C. jest o tyle trafny, że w niektórych przypadkach trudna uleczalność w istocie daje się odrazu

stwierdzić. Atoli nie zawsze tak jest. Trudna wyleczalność ropienia usznego bynajmniej nie zależy tylko od przedmiotowych, miejscowych zmian anatomicznych, łatwo dających się wykazać, lecz w znacznej części przypadków od ogólnych, konstytucyonalnych i higienicznych warunków chorego. I tak zwykłe niepowikłane ropienie błony śluzowej jamy bębenkowej lub trąbki słuchowej może u osób zołzowatych, gruźliczych, kiłowych i t. p. opierać się długo wszelkiemu leczeniu, natomiast odwrotnie ropienie zaniedbane, pozornie ciężkie, u osób zresztą zdrowych, nieraz w stosunkowo krótkim czasie wyleczyć się może. Takie przypadki, przeważnie u nas w Galicyi, częściej się spostrzega. Niedostateczne wykształcenie, mała inteligencya, nizki stan kultury, zwłaszcza u ludności wiejskiej i z tym stanem w związku pozostające panowanie przesądów, nieraz nawet u mieszczan, tłómaczą tak często u nas napotykane zaniedbane przypadki ropienia usznego. Obawa, panująca w niektórych warstwach przed usunięciem wycieku usznego, przypomina chorobę osławioną pod mianem »plica polonica«. A jakie pojęcie o czystości panuje nieraz jeszcze u niektórych chorych, wynika z odpowiedzi pewnej mojej chorej ze wsi, która na zarzut, dlaczego swoją długoletnią chorobę zaniedbywała, odpowiedziała z pewnością siebie, że ona choroby nie zaniedbywała, że owszem troskliwie ucho pielęgnowała, bo aż kilka razy dziennie usuwała ropę z ucha piórem gęsiem, a potem to po każdem użyciu wycierała fartuchem i suszyła przy piecu.

Ciężka postać takich przypadków jest nieraz tylko pozorna i zależy nie od rzeczywistej ciężkości choroby, ale od zanieczyszczenia i zaniedbania i może przez gruntowne czyszczenie i umiejętne leczenie często rychłej uledz poprawie. Nieraz widywałem długoletnie ropienie uszne z wyciekiem cuchnącym, z ziarninami i polipami, z próchnieniem powierzchownem, a nawet z perlakiem (cholesteatoma) w jamie bębenkowej itd., które niespodziewanie szybko łagodniało, a nawet się wygajało. Stopień uleczalności nie daje się zatem ocenić na pierwszy rzut oka. Powinno się przeto zostawić specyaliście w szpitalu pewien przeciąg czasu dla obserwacyi i dla prób leczniczych, na podstawie których jedynie zdoła on trafnie ocenić stan choroby.

Ale nietylko stopień uleczalności ropienia wchodzi tu w rachubę. Należy także uwzględnić dwa szczegóły, częste w tej chorobie, a mianowicie objawy zawrotu głowy i skłonność do zawrotów. W pewnych przypadkach ropienia usznego cierpią chorzy równocześnie na silne napady zawrotu głowy, które występują szczególnie w pewnych położeniach lub po nagłych ruchach ciała lub głowy. Rozporządzamy obecnie sposobami, zapomocą których umiemy przedmiotowo stwierdzić taką skłonność do zawrotów. Objaw ten, wikłający chorobę uszną, powinien odgrywać ważną rolę w ocenianiu zdolności do służby wojskowej i nie powinno się go spuszczać z oczu.

Dalej istnieją przypadki ropienia usznego, które, jak uczy doświadczenie, odznaczają się szczególną skłonnością do nawrotów po wyleczeniu a nawet po operacyi doszczętnej, jak przy perlaku, przy przewlekłych stanach chorobowych w jamie nosowej, nosowogardłowej lub w jamach bocznych. Takich chorych należy uważać za zdolnych do takiej tylko służby wojskowej, przy której mogą pozostać pod ciągłym dozorem lekarskim.

»Nr 12. Verzeichnis A.« mówi o chorych z suchem przedziurawieniem błony bębenkowej, zdolnych do służby. Do tego należałoby przynajmniej dodać »z wyłączeniem marynarki«. Marynarze powinni umieć dobrze pływać. Otóż wiadomo, że chorym z suchem przedziurawieniem bębenka wolno się kąpać tylko z wielką ostrożnością. Nagłe dostanie się wody do jamy bębenkowej przy wskoczeniu do wody może łatwo wywołać zawrót głowy, utratę oryentacyi i niechybną śmierć z utonięcia. Takich popisowych należy zatem uważać za niezdolnych do służby na okrętach.

Dalej wiemy, że już w służbie cywilnej musi się dla bezpieczeństwa podróżnych wymagać od pewnych urzędników kolejowych pewnej zdolności słuchowej, różnej od tej, której się wymaga dla służby wojskowej. Tem więcej, sądzę, konieczne jest osobne badanie i odpowiednie przepisy dla takich popisowych, którzy mają być przydzieleni do pułków kolejowych. Takich przepisów, o ile mi wiadomo, zupełny brak.

A teraz przechodzę do innego punktu. Na wspomnianem powyżej posiedzeniu lekarzy wojskowych proponowano, ażeby jednostronną zupełną głuchotę doliczyć do rubryki A., to znaczy do chorób nie wyłączających zupełnej zdolności wojskowej. Z tem bez zastrzeżeń zgodzić się nie można. W zupełnej głuchocie prawie zawsze błędnik jest zajęty; otóż przy takiej zupełnej jednostronnej głuchocie błędnikowej rzadko tylko błędnik drugiej strony bywa całkiem nietknięty. To wynika już z etyologii chorób błędnikowych wogóle. Przyczyny bowiem chorób błędnika z małymi wyjątkami wywierają swój wpływ równocześnie na oba błędniki. Pominąwszy przyczyny miejscowe, bezpośrednie (ukłucie, oparzenie, przyżegnięcie, rozszerzenie się choroby z sąsiedztwa, z ucha środkowego i t. p.), jako najczęstsze czynniki szkodliwe wchodzą w rachubę choroby krwi (białaczka, niedokrwistość i t. p.), układu krążenia, układu nerwowego, zatrucia (chinina, salicyl, morfina, nikotyna, choroby nerkowe i t. p.), zakażenia (płonica, błonica, dur, grypa, zapalenie opon mózgowych i t. p.), dalej urazy pośrednie (uderzenie, upadnięcie na głowę, postrzał, wybuch, detonacye i t. p.). Wszystkie te czynniki szkodliwe działają, aczkolwiek w nierównem nasileniu, na oba błędniki. Należy zatem już z góry w największej części takich przypadków przypuścić zajęcie równoczesne także drugiego błędnika, chociaż w mniejszym stopniu. Takich chorych można dopuścić do służby wojskowej najwyżej ze szczególnem uwzględnieniem rodzaju broni. Nie nadają się oni do pułków strzeleckich, do artyleryi, do oddziałów karabinów maszynowych i t. p., gdzie są wystawieni na silne zadziałanie dźwięku, huku i świstu kul, jak niemniej do takiej służby, która wymaga dobrego słuchu z obu stron i dobrej oryentacyi, jak do rekognoskowania, do patroli, jako lotnicy, nurkowie do robót kesonowych. Prędzej nadaliby się jako saperzy lub do trenu. Najstosowniej takich jednostronnie głuchych kwalifikuje się do grupy »Verzeichnis B«.

Na stronie 7—9 omawianej książki służbowej znajdujemy trafne pouczenia o badaniu narządu słuchowego. Tu byłoby rzeczą stosowną umieścić wskazówki do ocenienia trudnej uleczalności ropienia przewlekłego, jak przedziurawienie błony bębenkowej wysoko położone lub przybrzeżne, głębokie próchnienie kości skalistej, ropa brudna, cuchnąca, serowata, grudkowa, często mimo usunięcia powracające ziarniny i polipy, częste napady bólu i zawrotu głowy, zachorowania jam bocznych ucha środkowego, porażenie nerwu twarzowego. Tu należałoby także podać sposoby badania, służące do przedmiotowego stwierdzenia skłonności do zawrotu głowy, do badania sprawności narządu przedsionkowego, wskazówki do stwierdzenia jednostronnej głuchoty, względnie do odkrycia udawanego przytępienia słuchu lub udawanej głuchoty. Niestety mimo postępów nauki nie zawsze powiedzie się wykryć symulacyę. Przecież rozporządzamy szeregiem środków i sposobów umożliwiających osiągnięcie tego celu, z których najważniejsze dla lekarza wojskowego należałoby przytoczyć w tym ustępie książki służbowej.

Na koniec pożądane byłyby osobne przepisy dla badania kandydatów do marynarki i awiatyki. Ze służby marynarskiej należałoby wykluczyć osoby ze skłonnością do zawrotu głowy mimo zdrowego błędnika i, jak już wspomniałem, z suchem przedziurawieniem błony bębenkowej. Dla pilotów powietrznych należy wymagać nietylko zupełnie zdrowego ucha środkowego i wewnętrznego lecz też i to przedewszystkiem prawidłowej wrażliwości narządu równowagi. Prawidłowa sprawność błony bębenkowej, kostek usznych i trąbki słuchowej jest w awiatyce tak samo koniecznym warunkiem, jak u nurków i u robotników kesonowych, z powodu zmiennych stosunków ciśnienia w otoczeniu. Doświadczenie bowiem pouczyło, iż zaburzenia wyobrażenia o położeniu ciała w przestrzeni, o kierunku ruchu, mogą mieć przyczynę w pozostałościach ropień usznych i w zaburzeniach czynnościowych narządu przedsionkowego. Dobry słuch konieczny jest też dla kontrolowania prawidłowej czynności przyrządu lotniczego, motoru.

Pominąwszy to istnieją osoby, które mimo zupełnie prawidłowego narządu słuchowego, mimo dobrego słuchu i prawidłowego odczynu narządu przedsionkowego, mają małą zdolność oryentowania się i skłonność do zawrotu głowy. Ta nieprawidłowość polega prawdopodobnie na zboczeniu czynnościowem, na przeczulicy lub złudzeniu czuciowem narządu statycznego i objawia się tem, że osoby nią dotknięte doznają w czasie jazdy na morzu, a w wyższym stopniu choroby już jadąc pociągiem kolejowym, tramwajem, powozem, przy kołysaniu, w tańcach kołujących, przy patrzeniu z pewnej wysokości na dół i t. p., zawrotu głowy, nudności, wymiotów w postaci cierpienia znanego pod mianem »choroby morskiej«. Otóż, że takie osoby nie nadają się do awiatyki, łatwo zrozumieć. Dlatego ubiegający się o służbę lotniczą powinien być poddany szczegółowemu badaniu co do zdolności oryentowania się w przestrzeni, co do równowagi dynamicznej i statycznej, co do braku zawrotu głowy w różnych położeniach, przy różnych ruchach i na różnych wysokościach i t. p. Odpowiednie sposoby badania należałoby wypracować i umieścić w ogólnej części tej książki służbowej.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 25. IV. 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski, obecnych członków 25.

1) Przed przystąpieniem do porządku dziennego kol. prezes Ciechanowski podaje do wiadomości: a) pismo Towarzystwa szkoły ludowej w sprawie daru 3. maja; b) pismo Towarzystwa popierania nauki polskiej we Lwowie w sprawie nowej pisowni, które odstąpiono komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«. Dalej zawiadamia, c) że komisya wybrana na posiedzeniu dnia 17. stycznia odbyła 4 posiedzenia, na których rozpatrzono zasady ustroju sanitarnego Polski i Galicyi i uchwalono zwołać ankietę z przedstawicieli wszystkich Korporacyi i Towarzystw lekarskich; d) że komisya, wybrana 21. lutego uchwaliła zwołać w łonie Towarzystwa ankietę w sprawie zboczeń wywołanych niedostatecznem lub wadliwem odżywieniem; ankieta ta odbędzie się w następną środę, t. j. 9. maja w sali Towarzystwa.

2) Wybrano delegacyę, złożoną z kolegów Majewskiego, Nitscha i Ciechanowskiego, dla wzięcia udziału w sprawie zwalczania jaglicy.

3) Prezes, poddając uchwale wniosek o mianowanie członków honorowych, przedstawiony przez Zarząd na ostatniem posiedzeniu, przemówił w słowach następujących: »Rocznica Trzeciego Maja jest w Polsce dniem hołdu dla zmartwychstałego wówczas ducha obywatelskiego. Z rocznicą tą zwiążemy więc i dziś hołd dla obywatelskiej cnoty i zasługi. Ofiarujemy najwyższą godność naszego Towarzystwa tym kolegom, którzy do dawnych swych znakomitych zasług na polu naukowem i piśmienniczem dodali nowe wawrzyny w niedawno zakończonej dobie najcięższych przesileń swą pracą społeczno-obywatelską. Składamy im przytem życzenie, by się im jaknajrychlej otwarło szersze jeszcze pole tej pracy w Ojczyźnie wolnej i całkowicie zjednoczonej«. Następnie wśród aklamacyi zostali wybrani członkami honorowymi Towarzystwa: Rektor prof. Dr Kazimierz Kostanecki z Krakowa, rektor prof. Dr Adolf Beck ze Lwowa, Dr Paweł Gantkowski z Poznania, dziekan prof. Dr Leon Kryński i doktorzy: Maryan Jankowski, Józef Jaworski, Wacław Męczkowski, Józef Pawiński, Arkadyusz Antoni Puławski i Józef Zawadzki z Warszawy.

4) Kol. Latkowski omawia w krótkości dalszy ciąg swych spostrzeżeń nad stosowaniem **wstrzykiwań mleka w sprawach zapalnych** ogólnych i miejscowych. Nie zaprzeczając możliwości swoistego wpływu różnych substancyi w szeregu innych zjawisk, zaznacza, że istnieje i mnoży się w piśmiennictwie ilość spostrzeżeń, wskazujących na możliwość nieswoistego działania szczepionek, surowic i ciał proteinowych. I tak M. Renaud uzyskiwał szczepionkami tyfusowemi wyniki dodatnie w ropieniach, zapaleniach szpiku kostnego, zapaleniach otrzewnej i t. d.. Decastello stwierdza równą wartość w działaniu szczepionek homo- i heterologicznych przy durze. Czyhlarz, Reibmayer, Luksch, Werner, Szily i Schiller stosowali szczepionki heterologiczne przy durze, posocznicy i róży z przeważnie dobrym wynikiem, zaś Reiss, Herz, Singer, Roubitschek i Strümpell porównując wpływ surowic normalnych i swoistych w różnych chorobach zakaźnych, jak płonicy, czerwonce, durze plamistym, błonicy nie widzą różnicy w ich działaniu. Następnie nadmienia, że prócz autorów w odczycie już wymienionych wstrzykiwali ciała białkowe z dodatnim wynikiem, Adler w cholerze i czerwonce, Dziembowski przy ranach zakażonych, czyrakach rozsianych, róży, promienicy, łuszczycy, gruźlicy kości, stawów i gruczołów, zaś Hery, Karell i Luksch dla uwolnienia od drobnoustrojów roznosicieli bakteryi, potem przytacza wyjaśnienie działania leczniczego wyżej wymienionych substancyi, jakie podali prócz R. Müllera, Goer, Saxl, Holler i Weichardt, który to ostatni uważa te ciała za rodzaj aktywatorów protoplazmy wszelkiego gatunku komórek. Wreszcie wspomina kol. Latkowski jeszcze raz o wyjaśnieniu, opierającem się na zasadzie fizycznego odtruwania kolloidów, które podał w poprzednio wygłoszonym odczycie. Na koniec przytacza szereg przypadków własnych, w których stosował wstrzykiwania mleka, a mianowicie zapalenia ślinianki przyusznej, zapalenia gośćcowego stawów, kamicy żółciowej, zapalenia woreczka żółciowego, zapalenia nerwów. Zaznacza, że u wielu chorych widział wpływ dodatni, u pewnej grupy zaś nie było widocznego działania na przebieg choroby i przedstawia: 1) chorą z polyarthritis acuta recid. c. myocard. et endocard. in ind. c. insuff. et sten. mitrali, 2) chorego wyleczonego z zapalenia ślinianki przyusznej, 3) chorą z cholecystitis et cholelithiasis. — Prócz tych przedstawia jeszcze chorego z guzem móżdżku w okolicy kąta mostowo-móżdżkowego, u którego stwierdza tarczę zastoinową, bezład móżdżkowy, zaburzenia słuchu po stronie prawej, brak odruchu rogówkowego i upośledzenie czucia w zakresie nerwu trójdzielnego po tejże stronie, drżenie gałek ocznych, bóle głowy w okolicy czoła, szerszą szparę powiekową po stronie prawej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Kol. Piltz zwraca uwagę, że wyniki lecznicze przy sporadycznem podawaniu jakiegoś środka nasuwają pewne wątpliwości wobec tego, że dużą rolę odgrywać może przypadek. Z tego powodu doświadczenie należałoby prowadzić w ten sposób, żeby przy pewnych chorobach podawać nowy środek przez pewien dłuższy okres czasu bez kombinowania go z innymi, a następnie przez równie długi okres czasu podawać środki dotychczas używane. W ten sposób uzyskuje się możność porównania i kontroli. W psychiatryi próbowano porażenie postępujące leczyć wywoływaniem gorączki przez wstrzykiwanie tuberkuliny Kocha, przyczem miano osiągać bardzo dobre wyniki. Wiadomo jednak, że w przebiegu tej choroby występują samoistnie zwolnienia, trwające nieraz szereg lat, któreto zwolnienia można przy nieodpowiedniem prowadzeniu doświadczenia uważać za skutek leczenia. W drugim przypadku zgadza się kol. Piltz na rozpoznanie guza mózgowego po stronie prawej. — b) Kol. prof. Latkowski zaznacza, że doświadczenia nad działaniem mleka prowadzi w sposób podany przez przedmowcę i nie może zaprzeczyć dobrym wynikom przy pewnych sprawach chorobowych, aczkolwiek krytycznie się na nie zapatruje.

5) Kol. prof. Piltz przedstawia przypadek **głuchoty histerycznej** u 19-letniego głuptaka (imbecillus), która wystąpiła po urazie, a trwała lat sześć. Chory został na jednem posiedzeniu wyleczony psychoterapią (słabym prądem faradycznym).

6) Kol. prof. Rosner przedstawia przypadek **uszypułowanej torbieli pochwowej,** wychodzącej z zanikłego przewodu Wolfa. Wyłuszczenie takiej torbieli nie jest łatwe, gdyż szypuła dochodzi bardzo wysoko.

7) Kol. Dr Michejda wygłosił wykład: **O zgorzeli gazowej.** (Wykład wyjdzie w całości drukiem w »Przeglądzie lekarskim«).

Zgorzel gazowa jest sprawą chorobową, która w czasach przedwojennych i w czasie ostatnich wojen (rosyjsko-japońska, bałkańskie) rzadko była spostrzeganą. Dopiero obecna wojna dała poznać zgorzel gazową, jako niemniej od tężca niebezpieczne powikłanie przyranne. Obfity materyał posłużył do poznania tej choroby i ustalenia zasad leczniczych. Terminologia w polskim języku nie jest dla zgorzeli gazowej ustalona. Nazwa »ropowica gazorodna«, podana w »Słowniku lekarskim polskim« (1905) wymaga rewizyi z tego powodu, że ze sprawą ropną zgorzel gazowa nic niema wspólnego. Ze względu na prawie stale spotykane zmiany zgorzelinowe choćby pojedyńczych tylko tkanek właściwszą jest nazwa zgorzeli gazowej.

Okres wylęgania trwa od 2—48 godzin, przyczem długość jego nie wpływa zupełnie na złośliwość. Zgorzel gazowa sadowi się przeważnie na kończynach i występuje stale jako powikłanie przyranne. Rany zwykle bywają duże, z wieloma zatokami, sprzyjające zatem rozwojowi drobnoustrojów beztlenowych. Na skórze występuje zmiana zabarwienia od żółtego do brudnozielonego, żyły skórne są wybitnie zaznaczone; palcem wyczuwa się pod obrzękłą skórą gaz. Mięśnie stają się suche, kruche, tracą kurczliwość, nie krwawią, zakrzepy w środku stanowią miazgę, w której nie można tkanki rozpoznać. W mięśniach przez rozkład tworzy się gaz, który stąd rozchodzi się pod skórą. Kończyna zwykle jest bardzo silnie obrzękła, (ciasny opatrunek); w późniejszych okresach dochodzi do zgorzeli; rozpoczyna się ona nie na obwodzie, ale w okolicy rany, i jest następstwem działania toksyn bakteryjnych i histogenicznych na zdrowe tkanki. Ciepłota miejscowa nie podniesiona, z rany obfita, cuchnąca, wydzielina, zawierająca bańki gazu. Silne bóle, nieproporcyonalne do obrazu rany. Stan ogólny jest ciężki, tętno bardzo szybkie, przyczem krzywa tętna oznaczana w krótkich odstępach czasu ma charakter wstępujący. Śmierć następuje wśród objawów niedomogi serca, zapadu, czasem euphoria.

Rozpoznanie obrazu rozwiniętego jest łatwe; wczesne roz-

poznanie opiera się na objawach ogólnych (niepokój, bóle, szybkie tętno) i miejscowych (zabarwienie, woń i charakter wydzieliny). Dobre usługi oddać może bakteryoskopia wydzieliny, polecona przez Heyrovskyego.

Co do etyologii, to w wielkiej liczbie przypadków spotykano bact. phlegmones emphysematodes (Fränkel), ale i inne rodzaje beztlenowców spotykano w ranach (bac. Ghou-Sachs, bact. coli, bac. oedem. mal. Koch, bacillus sarcemphysem. hominis Conradi Bieling, streptococcus anaerogenes (Marwedel) itd.). Zgorzel gazowa jest jednostką chorobową, jako pojęcie kliniczne, nie jako pojęcie bakteryologiczne; ten sam obraz chorobowy może być wywołany przez różne drobnoustroje z grupy beztlenowców. Żyją one w ziemi, skąd dostają się do rany. Niepogoda, długi transport, ciasny opatrunek i beztlenowe warunki w ranie sprzyjają rozwojowi choroby.

Leczenie swoiste dotychczas nie osiągnęło żadnych wyników. Nieswoiste może być zachowawcze albo operacyjne. Zachowawcze opiera się na beztlenowych własnościach zarazków i polega na wprowadzaniu tlenu do i w okolicę rany (wdmuchiwania tlenu lub wstrzykiwania tlenu lub H_2O_2), przyczem jednak istnieje niebezpieczeństwo śmiertelnego zatoru gazowego lub na stosowaniu biernego przekrwienia Biera; może być uważane tylko za leczenie pomocnicze obok leczenia operacyjnego.

Nacięcia mają podwójny cel: stworzenie odpływu dla wydzieliny i usunięcie beztlenowych warunków. W lekkich przypadkach wystarczą, w ciężkich trzeba nieraz wtórnie amputować. Ścisłych wskazań do amputacyi niema; amputować należy jeszcze w zakresie obrzęku i gazu, a na kikucie zrobić nacięcia. Cięcie jednoczasowe byłoby dobre, gdyby w każdym przypadku można było stosować wyciąg na części miękkie. Ale, że to nie zawsze jest możliwe, dlatego lepiej jest amputować cięciem dwuczasowem. Rany amputacyjnej nie należy szyć. W klinice chirurgicznej krakowskiej w każdym wypadku poszerzano wlot i wylot, robiono nacięcia ku dołowi, z usunięciem odłamków, wycięciem części obumarłych i t. d. Gdy to nie skutkowało, amputowano. Każdy zabieg wykonywać należy zaraz po ustaleniu wskazania. Wyniki bywają różne; w klinicznym materyale śmiertelność wynosiła 41%. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Kol. prof. Kader: Zgorzel gazowa jest najostrzejszem z zakażeń przyrannych, jakie się spotyka. Życzyćby należało, by można znaleść surowicę, którąby działała podobnie, jak przy tężcu. — b) Kol. prof. Nitsch: Etyologia do dziś nie jest jasna; niewiadomo czy wchodzi w rachubę jeden zarazek, czy jest ich więcej, nie rozstrzygniętą jest również sprawa, czy zarazek żyje w ziemi zwykłej, czy też tylko w ziemi nawożonej odchodami ludzkimi. Może być bowiem, że zarazki te żyją w przewodzie pokarmowym, skąd dostają się do ziemi, tworzą zarodniki, z których wyrastają potem złośliwe postacie drobnoustrojów. — Kol. Glatzel: Zabarwienie skóry przy zgorzeli gazowej jest podobne do zabarwienia krwiaka. Ilość gazu jest różna i nie świadczy o złośliwości sprawy. Do rozpoznania przydatne jest badanie promieniami Röntgena i objawy opukowe względnie osłuchowe (charakterystyczny dźwięk przy goleniu). Przyczyną śmierci bywa niedowład serca, czasem bakteryemia. Leczenie jest tylko operacyjne. Przy amputacyi pierwszeństwo dać należy cięciom płatowym bez szwu. — d) Kol. Michejda: Zgorzel gazową spostrzegano na wszystkich terenach wojny, najczęściej na włoskim i na francuskim, ale i ranni z okolic Ostendy zapadali na to powikłanie. Zapomocą promieni Röntgena nauczono się odróżniać 3 formy: ropień, ropowicę i zgorzel gazową. Z nich pierwszy jest najłagodniejszy. O objawach opukowych mowca nie wspomina, gdyż nie są w zgorzeli gazowej swoiste, a są tylko następstwem obecności gazu w tkankach. Cięcia płatowe robiono w klinice przy sprawach ropnych, amputując w miejscu złamania i nie zakładając żadnego szwu. Stosunki przyranne jednak przy tem cięciu są dość powikłane, tak że przy zgorzeli gazowej unikano cięć płatowych.

Sekretarka doroczna: Dr Wyrzykowska-Michejdzina.

Na czem polega umiejętny nadzór nad żywnością i jak ten nadzór należałoby zorganizować w Polsce.

Referat wygłoszony w sekcyi sanitarno-lekarskiej II-go Zjazdu higienistów polskich w Warszawie w dniu 30 czerwca 1917

przez

Dra Leonarda Biera.
Dyrektora c. k. Zakładu powszechnego do badania żywności w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Jeślibyście mnie Panowie zapytali, który rodzaj organów nadzorczych uważałbym za najodpowiedniejszy na podstawie doświadczenia własnego, popartego obcem z innych państw o starszym nadzorze niż austryacki, nie mógłbym organom autonomicznym miejskim oddać pierwszeństwa. Składa się na to szereg czynników. Nie ulega wątpliwości, że umiejętny nadzór nad żywnością, jako wykwit nowszej kultury nie znalazł jeszcze odpowiedniego gruntu dla swego rozwoju nawet w zarządach naszych miast większych, zwłaszcza tam, gdzie zarząd ten jest emanacyą reprezentacyi interesów. Przemysł i handel, zwłaszcza drobny, niechętny wobec wszelkich nowości i zarządzeń, które wykoleić go mogą z utartych wiekiem tradycyi, przyzwyczajeń i nałogów, dopatruje się w umiejętnym nadzorze nad żywnością, który ma prawo głęboko zaglądać mu w karty, swego wroga i przez swych przedstawicieli w radach i zarządach miejskich bądźto opiera się ustanowieniu ukwalifikowanych organów nadzorczych w miastach, tam zaś, gdzie uda się u zarządu miejskiego ustanowienie takiego kontrolora miejscowego przeprzeć, organowi temu zadania tego stanowczo się nie ułatwia stawiając go nieraz w przykre położenie i bez należytego oparcia moralnego ze strony przełożonego magistratu, a najczęściej bez należytego uposażenia materyalnego. Jeśli nadto dodam, że w tych warunkach nawet znakomite siły do pracy i pełne ochoty do niej zaczerpniętej na kursach przygotowawczych — zniechęcają się i marnieją, a nawet wobec licznych pokus przez zaniedbywanie obowiązków i pokrywanie nadużyć i przekroczeń samej sprawie nadzoru z czasem mogą szkodzić — zrozumiecie Panowie, dlaczego przy całem uznaniu dla potrzeby zachowania pewnych praw samorządu w nadzorze nad żywnością i utrzymaniu i rozwoju instytucyi miejskich komisarzy targowych, obok tej kategoryi ukwalifikowanych organów nadzorczych jestem za wprowadzeniem organów nadzorczych niezwiązanych z miejscowemi władzami autonomicznemi — jużto na wzór kantonalnych inspektorów szwajcarskich, jużto organów rządowych na wzór przewidzianych ustawą austryacką, lub też ustanowionych przez ustawodawstwo angielskie i amerykańskie — organów w każdym razie ściśle związanych z państwowymi zakładami badawczymi.

Zaznaczyłem już poprzednio, że fachowym urzędnikom państwowych zakładów badawczych delegowanym do wykonywania rewizyi przysługują w całej pełni prawa organów nadzorczych. Jeśli w Bawaryi, która pierwsza z niemieckich państw związkowych zaraz po uchwaleniu w r. 1879 niemieckiej ustawy o nadzorze nad żywnością przystąpiła do organizacyi zakładów badawczych i to zaraz jako instytucyi rządowych — sprawa nadzoru najdalej i najszybciej postąpiła w Niemczech i z tego względu urządzenia bawarskie stanowiły wzór, na którem oparły się inne związkowe państwa niemieckie, Austrya, a nie mało i Szwajcarya, — zawdzięcza to kraj ten nietylko samej organizacyi rządowych zakładów badawczych, ale również i t. zw. ruchomej kontroli swych zakładów przez podejmowanie jej w całym kraju przez delegowanych doświadczonych swych urzędników. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że fachowo wyszkoleni urzędnicy zakładów badawczych, mający na podstawie nabytego w laboratoryum doświadczenia wyszkolone i zaostrzone zmysły w rozróżnianiu produktów normalnych od nieprawidłowych, świadomi nadto odnośnego ustawodawstwa, najlepszymi być mogą organami nadzorczymi. Przez styczność w czasie tego rodzaju rewizyi z realnymi warunkami przemysłu i handlu uzupełniają i rozszerzają znakomicie swą wiedzę teoretyczną, spostrzegają takie rzeczy, których inne organa nadzorcze nie dojrzą, mogą też da-

wać na podstawie swych spostrzeżeń podstawy do regulowania poszczególnych dziedzin nadzoru o wiele szybciej i lepiej, niż wskazać nam mogą nieraz długie i żmudne poszukiwania laboratoryjne. Że urzędnicy ci niezwiązani ze stosunkami miejscowymi są i z tego powodu więcej przedmiotowymi przy wykonywaniu rewizyi i nie ciąży na nich nieraz odium stronniczości opinii miejscowej, uważać trzeba za czynnik również dodatni, zwłaszcza jeśli weźmie się na uwagę inne ich zadanie w czasie rewizyi, zadanie pouczania drobnych sklepikarzy i przemysłowców, jakie przestępstwa i przeoczenia w zakresie ich zajęcia zawodowego są najczęstsze, jak ich uniknąć można. Za udzielane z tej strony pouczenia, zwłaszcza jeśli nie każde przestępstwo spostrzeżone w czasie rewizyi oddaje się na drogę sądową żądając poprawy do czasu najbliższej rewizyi — za te pouczenia bardzo wielu przemysłowców jest nader wdzięcznych i przystępnych do dalszych żądań w dziedzinie higieny środków spożywczych co do ich przechowania, prowadzenia rzemiosła, ponosząc w tym względzie nawet znaczniejsze nakłady. Jak przekonać się mogłem z rewizyi podejmowanych w r. 1897 w towarzystwie prof. Neufelda, wówczas pierwszego asystenta zakładu monachijskiego, późniejszego dyrektora zakładu rządowego w Würzburgu, jak niemniej z wieloletnich rewizyi, podejmowanych w powiatach galicyjskich, są odpowiednio prowadzone rewizye urzędników zakładów badawczych znakomitem środkiem propagującym postulaty higieny w zakresie żywienia i na nie w Niemczech i Szwajcaryi coraz większy kładzie się nacisk. Brak czasu nie pozwala mi tej kwestyi i jej rozwojowi poświęcić więcej uwag.

Pracownie do wykonywania badań produktów spożywczych napotyka się w kilku typach, szczególnie w Niemczech: 1) jako pracownie utrzymywane przez chemików prywatnych, spełniające — obok czysto zarobkowego zajęcia właściciela dla interesentów prywatnych — jeszcze i zadania publiczne dla określonych bliżej małych okręgów administracyjnych za umówionem z góry wynagrodzeniem i z ustaloną najmniejszą roczną ilością rozbiorów, pracowni rzadko czynnych w kontroli zewnętrznej — o tytule urzędowym »Oeffentliches chemisches Laboratorium des Dr X. X., 2) pracownie autonomiczne, najczęściej utrzymywane przez zarządy miejskie (p. t. »Städtisches Untersuchungsamt der Stadt X. X.) o pełnym charakterze urzędniczym kierownika pracowni, bez prawa dla tegoż podejmowania analiz przedmiotów podlegających kontroli na rachunek własny oraz 3) zakłady badawcze rządowe ze wspomnianym charakterem urzędniczym całego personalu urzędniczego, składającego się z zawodowców i innych rodzai urzędników, n. p. kontrolerów czy inspektorów żywności, urzędników manipulacyjnych.

Jeśli w Niemczech z wyjątkiem Bawaryi do niedawna przeważał pierwszy rodzaj pracowni o charakterze prywatno-publicznym i tylko wyjątkowo niektóre miasta urządzały u siebie miejskie pracownie analityczne — głównie dla kontroli dostaw potrzeb miejskich —, to typ ten pracowni obecnie coraz więcej się zwija, zastępując go zakładami czy urzędami badawczymi rządowymi, po części miejskimi, w każdym razie o charakterze wybitnie i wyłącznie publicznym. Pracownie chemiczne miejskie w Niemczech nie zawsze uzyskują uprawnienia publicznego urzędu badawczego; do niedawna takiego uprawnienia nie posiadała z wielkim nakładem założona i prowadzona miejska pracownia w Berlinie. Uzyskując je od władz rządowych jako upoważnione do wykonywania badań środków spożywczych w wykonaniu omawianej ustawy o nadzorze — pracownie chemiczne miejskie w Niemczech powołane bywają przez władze rządowe, za osobnem wynagrodzeniem, do wykonywania badań przedmiotów objętych wspomnianą ustawą i dla sąsiednich rządowych okręgów administracyjnych, stając się tem samem instytucyami o charakterze publicznym nietylko miejskim, autonomicznym, ale rządowym i wtedy podlegają kontroli władz rządowych.

Jak już zaznaczyłem poprzednio, stworzyła po uchwaleniu w r. 1879 przez Sejm Rzeszy niemieckiej ustawy o nadzorze nad żywnością, z państw związkowych niemieckich Bawarya jako pierwsza rządowe zakłady badawcze, które w organizacyi swej były wzorem dla zakładów austryackich. Takież zakłady rządowe istnieją w Szwajcaryi, Francyi, Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, we Węgrzech i t. d. Jednak i w Austryi, tak jak w Bawaryi oraz Szwajcaryi, daną jest miastom większym możność tworzenia własnych zakładów badawczych, jeśli mogą się wykazać odpowiednio ukwalifikowaną siłą zawodową na kierownika, wymaganą organizacyą oraz należytem uposażeniem dla swych pracowni i wtedy — jak zaznaczyłem co do Niemiec — i w państwach wymienionych uzyskują pracownie miejskie prawa pracowni rządowych. Zarządzenia te, jak widać z powyższego przedstawienia, są konieczne celem zabezpieczenia, by nadzór ścisły nad żywnością, jaki przypada w udziale pracowniom chemicznym, wykonywanym był jednolicie i w myśl intencyi nakreślonej przez państwo.

Jakież zadania mają do spełnienia te zakłady badawcze? Zakładom austryackim przydzielono następujące zadania: 1) Wykonywanie badań i wydawanie opinii co do prób nadsyłanych przez władze i osoby prywatne; 2) zastępowanie orzeczeń swych wobec sądów; 3) kontrolę ambulatoryjną; 4) naukę dla znawców żywności; 5) kształcenie organów kontrolnych, komisarzy targowych; 6) kształcenie kandydatów na znawców żywności w czasie obowiązkowej praktyki, koniecznej dla uzyskania dyplomu na znawcę; 7) podejmowanie badań naukowych.

Z wyliczonych zadań pracowni rządowych łatwo wyrobić sobie przekonanie, że spełnić je mogą zakłady badawcze tylko przy należytem zaopatrzeniu w siły zawodowe, jak niemniej w środki i urządzenia do wykonywania badań urzędowych i naukowych, jak również w środki naukowo-dydaktyczne. Tylko należycie i obficie uposażone zakłady badawcze mogą sprostać i odpowiedzieć tym rozlicznym zadaniom i zagadnieniom, które życie administracyjne państwa nowożytnego przynosi. Utrzymanie zakładów tych pociąga za sobą koszta dosyć znaczne, pokrywane tylko w części z taks za rozbiory dla interesentów prywatnych i ściąganych w drodze postępowania karnego z osób uznanych za winnych z powodu przekroczenia omawianej poprzednio ustawy. Niemniej koszta te dadzą się jeszcze bardziej zredukować, jeśliby w przyszłej ustawie polskiej wprowadzono wzorem ustawy niemieckiej artykuł, czy paragraf, stanowiący, że kary pieniężne, nałożone na obwinionych z tytułu przekroczenia omawianej ustawy wpływać mają do kasy tej władzy administracyjnej, która utrzymuje zakład badawczy, a w obrębie której zaszedł czyn karygodny. Postanowienie analogiczne wprowadzone w projekt ustawy austryackiej, pominięto w parlamentarnej uchwale z powodu, że tego rodzaju przeznaczenie kar sądowych stanowiłoby zasadniczy wyłom co do przeznaczenia grzywien sądowych, mających w całości austryackiego ustawodawstwa karnego jedno wyłączne, historycznie utarte przeznaczenie zasilania miejscowego funduszu ubogich.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dr Franciszek Krzyształowicz, profesor nadzwyczajny chorób skórnych i wenerycznych na Wydziale lek. Uniw. Jagiell., został mianowany profesorem zwyczajnym.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 35. Kraków, 1. września 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rok LVI. Kraków, 1. września 1917. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O nerwicach serca i stanach pokrewnych

podał

Dr Maksymilian Blassberg.

Aby sobie zdać sprawę z tego, co należy rozumieć przez nerwicę serca, uważam za stosowne zatrzymać się wprzód nad samem ogólnem pojęciem nerwicy, przyjętem w neurologii [1]). Nazwa nerwica (neurosis) użyta została po raz pierwszy w drugiej połowie XVIII w. (w r. 1776) przez lekarza szwedzkiego Cullena, który przez nerwicę rozumiał »choroby nerwów i duszy, choroby bez gorączki, o zmiennych objawach i długotrwałym przebiegu«. Pojęcie to, jak widzimy, obejmowało wielką liczbę różnych stanów chorobowych. Liczbę tę w pierwszej połowie XIX w. (w r. 1819) znacznie zmniejszył Pinel, który jednakże za nerwicę uważał wiele cierpień organicznych, zakaźnych i psychicznych, których podkład anatomiczny nie był podówczas znany. Tak n. p. zaliczał on do nerwic głuchotę, podwójne widzenie, ślepotę, tężec, niedrożność jelit, wymioty, wodowstręt i t. p. stany. Późniejsi autorowie określają już nerwicę jako choroby o nieznanem anatomicznem podłożu, choroby t. zw. nieorganiczne, czyli czynnościowe. Zrazu przyjmowano tylko sześć nerwic, a mianowicie według Axenfelda (1863): 1) Stan nerwowy, 2) pląsawicę, 3) rzucawkę, 4) padaczkę, 5) katalepsyę, 5) histeryę. Później liczba nerwic znowu wzrosła o 4 dalsze sprawy chorobowe, a mianowicie: o chorobę Basedowa, Parkinsona, tężyczkę i neurastenię z hypochondryą. Obecnie jednak nastąpiło dalsze ograniczenie tej grupy, tak, iż właściwie za istotne nerwice uchodzą dzisiaj w świecie neurologów tylko histerya i neurastenia oraz nerwica urazowa. Są wprawdzie i tu współcześnie tendencye do stwierdzania w nich podłoża anatomo-fizyologicznego (Meinert, Vigouroux, Biernacki, Bikeles, Bernheim, Oppenheim), atoli te badania w dobie obecnej jeszcze nie doprowadziły do zmiany pojęcia nerwic.

Jak widzimy określenie nerwic, jako chorób nieorganicznych czynnościowych o nieznanem anatomicznem podłożu jest określeniem ujemnem na zasadzie braku pozytywnych cech charakterystycznych. Z tego ujemnego określenia wynikło, że Lasègue nazwał nerwice »koszami, w które wrzuca się wszystko, czego niema się gdzie umieścić«. Atoli następstwem tego ujemnego określenia nerwic był też fakt, że w miarę postępu badań anatomicznych i fizyologicznych nieznane zmiany i uszkodzenia narządów stopniowo poznawano i podłoże anatomo-fizyologiczne całego szeregu stanów chorobowych albo mniej więcej poznano, albo z wszelką pewnością przypuszczano. Stąd wynikały ciągłe zmiany w określaniu nerwic. Niektóre choroby wyłączono z tej grupy, jako organiczne, inne przestano uważać za oddzielne postacie chorobowe, lecz tylko za objawy pewnych chorób, pewne znowuż zespoły objawowe, dzięki wykrytej wspólnej i jednolitej przyczynie czy to w zakażeniu, czy też w samozatruciu, wynikłem z zaburzeń wewnętrznego wydzielania, ujęto w samoistne postacie chorobowe.

To samo zjawisko, co w dziedzinie nerwic ogólnych, dostrzegamy w dziedzinie nerwic sercowych i narządów wewnętrznych. Także i dla pojęcia nerwicy serca stanowiła właściwie podstawę tylko symptomatyka, oparta na niemożności odnalezienia podstawy anatomicznej jako źródła dla danego stanu chorobowego. Wobec trudności ścisłego określenia chorób nerwowych serca, jako takich i wobec braku jasno określonych cech i stałego zbioru objawów znalazł się na widowni wyraz »nerwica sercowa«, który określa to, czego nie wiemy, w myśl zdania Goethego, że gdzie brakuje nowych pojęć, tam znajdzie się nowe słowo. I podobnie, jak Lasègue porównuje nerwice ogólne z koszami na odpadki, podobnież i Maks Herz nazywa nerwicę serca wielką rupieciarnią, w którą wrzucamy wszystko, czego nie możemy odpowiednio sklasyfikować. Obraz zamętu, jaki panuje aż do obecnej chwili w pojęciach i klasyfikacyi nerwic serca, można sobie urobić zaglądając do odpowiednich prac i podręczników tej dziedziny, starszych i nowszych. I tak: Bamberger odróżnia nerwice sercowe z obniżoną innerwacyą, które nazywa niedowładem (subparalyse) lub nerwowem osłabieniem serca, oraz nerwice ze wzmożoną innerwacyą, które dzieli na zaburzenia czysto hyperkinetyczne czyli bicie serca i na zaburzenia hyperkinetyczne z przeczulicą, za którą uważa dusznicę bolesną, zwaną też przez niego klonicznym kurczem serca. Friedreich zalicza do kategoryi nerwic: 1) bicie serca, 2) chorobę Basedowa, 3) porażenie serca, 4) dusznicę bolesną. Schrötter w podręczniku Ziemssena mówi tylko o nerwowych kołataniach serca, Strümpell zalicza do nerwic dusznicę bolesną, nerwowe kołatanie serca i napadowe bicie serca (tachycardia paroxysmalis), Leube nerwowe bicie serca, stenokardyę i dychawicę sercową. Eichhorst nazywa nerwice sercowe chorobami nerwów sercowych i zalicza tu: 1) napadowe bicie serca, 2) napadowe zwolnienie ruchów serca, 3) »cor intermittens«, 4) stenokardyę. Z polskich autorów Widmann, omawiając nerwicę serca, zaznacza, że dusznica bolesna i choroba Basedowa należy więcej do chorób układu nerwowego, aniżeli do chorób serca i do kategoryi nerwic zalicza tylko nerwowe bicie lub kołatanie serca. Biegański wyróżnia jako nerwicę czuciową dusznicę bolesną, jako ruchową napadowe bicie serca i nerwowe zwolnienie ruchów serca czyli bradykardyę nerwową, oraz jako mieszaną, t. j. czuciową i ruchową, neurastenię serca. Gluziński zalicza do nerwic zboczenia na tle ogólnych nerwic, t. j. neurastenii i histeryi, zboczenia odruchowe z innych narządów i zboczenia na tle zatruć przewlekłych.

W dziedzinie chorób sercowych odbył się w ostatnich dziesiątkach lat znaczny przewrót pojęć. Gdy dawniej

[1]) Jaroszyński: O istocie stanów neurastenicznych. Warszawa 1911.

zwracano uwagę wyłącznie na anatomiczny stan serca, to w nowszych czasach zaczęto zwracać baczną uwagę na zaburzenia czynności serca i krążenia. Zaczęto dzielić choroby serca na organiczne i czynnościowe, które identyfikowano z nerwicami. Atoli identyfikowanie nerwic sercowych z zaburzeniami czynnościowemi jest już samo przez się błędne. Znamy bowiem liczne zaburzenia czynnościowe w różnych narządach wewnętrznych, n. p. w żołądku i w jelitach, których nie identyfikuje się i nie można identyfikować z nerwicami, aczkolwiek czysto funkcyonalny ich charakter zdaje się nie ulegać wątpliwości. Wiemy również, że zaburzenia czynności narządów mogą się odbywać pod wpływem wewnętrznych wydzielin innych narządów, które działają wprost drogą krwi z zupełnem pominięciem pośrednictwa układu nerwowego. Nadto na podstawie nowszych badań, zwłaszcza Engelmanna, Gaskella, Riegla, Wenckebacha, i innych, przekonano się, że niektóre czynności, które dawniej przypisywano nerwom sercowym są czynnościami mięśnia sercowego, a liczne nieprawidłowości czynności serca polegają na zaburzeniu pobudliwości, kurczliwości i przewodzenia samego mięśnia sercowego. Dzielono tedy zaburzenia sercowe na organiczne i czynnościowe, a z pomiędzy tych znów usiłowano wyosobnić nerwice, jako schorzenia, związane z nieprawidłowym stanem narządu nerwowego serca. Atoli i takie ujęcie sprawy nie może się ostać, gdyż aż do ostatnich czasów nie zdołano ustalić znaczenia układu nerwowego przy prawidłowym przebiegu czynności narządu krążenia, a tem mniej znana jest patologia nerwów, działających przy krążeniu. Zresztą i chorób nerwów sercowych, jako takich, nie można identyfikować z nerwicami, jak to czyni Eichhorst. Albowiem nerwy sercowe mogły uledz uszkodzeniu i sprawom chorobowym anatomicznie stwierdzalnym, uciskowi przez powiększone gruczoły chłonne, blizny i t. p. sprawy, a takie organiczne choroby nerwów sercowych żadną miarą nie mogłyby być do nerwic zaliczone. Nie możemy także za nerwicę uważać takich n. p. zaburzeń, jak sercowych przełomów (crises) w wiądzie rdzenia, chociaż zaburzenia te mają tło niewątpliwie nerwowe. W ogólności nie możemy uważać za nerwicę każdego schorzenia w narządzie wewnętrznym dlatego tylko, że zaburzenie dotyczy nerwów danego narządu. Błędnem jest pojęcie i nazwa nerwowego osłabienia serca (nervöse Herzschwäche). Chory taki z nerwicą czuje się bowiem wprawdzie podmiotowo źle i może się czuć ogólnie osłabionym, ale to podmiotowe uczucie nie mieści w sobie zupełnie takiego faktycznego stanu serca, któryby można było nazwać osłabieniem i któryby był wyrazem tego, że serce niezdolne jest podołać ciążącemu nań zadaniu w krążeniu krwi i życiu osobnika. Zmieniony jest tylko sposób oddziaływania serca, ale sprawność jego jest niezmieniona. Stosunek nerwicy serca, do niedomogi sercowej porównuje Rosenbach trafnie do stosunku, jaki zachodzi między neuralgią, a zapaleniem nerwu, połączonem z zanikiem kończyny. Nie mógłbym się też zgodzić na określenie Romberga; przez nerwice rozumie on takie zaburzenia czynnościowe innerwacyi serca i naczyń, które przebiegają bez zmieniania (Beeinträchtigung) ogólnego krążenia, bez zmiany w ogólnem rozprowadzaniu krwi i bez zmiany wymiarów serca, natomiast z nieprawidłowemi podmiotowemi odczuciami, a często ze zmianą ruchów serca i czynności naczyń. Trudno bowiem sobie wyobrazić, aby zmieniony sposób oddziaływania serca, zmiany ruchów serca i czynności naczyń mogły istnieć przy niezmienionem ogólnem krążeniu i rozprowadzaniu krwi, które przecież w wielkim stopniu zależą od powyżej wymienionych czynników.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

Dalszy przyczynek[1]).

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów).

Chaotyczny przebieg wypadków wojennych i zmian politycznych przerwał publikacyę coroczną moich spostrzeżeń. Pospieszam obecnie ogłosić wyniki, otrzymane przezemnie za przeciąg ubiegłych lat trzech: 1914, 1915 i 1916.

W roku 1914 leczyłem 51 przypadków błonicy gardła i krtani surowicą swoistą z pracowni Warszawskiego Towarzystwa naukowego, a po wybuchu wojny także surowicą z Hoechst lub Behringa. Nie dały one ani jednego zejścia śmiertelnego. Stosownie do przebiegu klinicznego grupowały się one, jak następuje: 1) angina diphtheritica przypadków 23; 2) laryngitis 12; 3) angina c. laryngitide 16, czyli ogółem przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 28, t. j. 55% ogólnej liczby, bez zejść śmiertelnych.

W roku 1915 leczyłem 58 chorych na błonicę, z których 3 zmarło, co stanowi około 5% ogólnej liczby. Wśród nich było: 1) angina diphtheritica przypadków 19; 2) laryngitis 13; 3) angina c. laryngitide 26, czyli ogółem przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 39, t. j. 67% ogólnej liczby. Dały one zatem, wobec trzech przypadków śmiertelnych, 8% śmiertelności.

W roku 1916 było 20 przypadków błonicy z jednym śmiertelnym, czyli 5% śmiertelności; wśród nich było: 1) angina diphtheritica przypadków 5; 2) laryngitis 5; 3) angina c. laryngitide 10, czyli ogółem przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 15, czyli 75% ogólnej liczby. Dały one więc około 7% śmiertelności.

Wszystkie więc spostrzegane w okresie trzyletnim przypadki, w liczbie 129, grupowały się pod względem przebiegu klinicznego, jak następuje: 1) angina diphtheritica przypadków 47; 2) laryngitis 30; 3) angina c. laryngitide 52, czyli ogółem przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 82, czyli 63·5% ogólnej liczby. Wobec 4 przypadków śmiertelnych dały one zatem 5% śmiertelności, śmiertelność zaś ogólna zaledwie przewyższała 3%. Widzimy zatem, że liczba chorych na błonicę w latach 1914 i 1915 przewyższała prawie w trójnasób takąż liczbę z roku 1913 (przypadków 19), natomiast w r. 1916 liczba chorych spada znów do 20.

Przypadków reinjekcyi w roku 1914 było 9; w roku 1915 12, a w roku 1916 3, o czem zresztą szczegóły będą opisane poniżej.

Dla naocznego uprzytomnienia sobie danych liczbowych z trzech lat ubiegłych w porównaniu z dawniej otrzymanemi co do przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą, zestawiam je w tablicy I. (Patrz tablicę I).

Wszystkie 129 spostrzegane przypadki grupowały się, jak następuje:

I. Co do płci: 1) Chłopców 62; 2) dziewcząt 67.

Tablica I.

Rok	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków śmiertelnych	Dto w %	Liczba przypadków krtaniowych	Dto w %	Śmiertelność ich w %
1913	19	0	0	13	68·4	0
1895—1913	834	49	6	462	55·4	10·6
1914	51	0	0	28	55	0
1915	58	3	5	39	67	8
1916	20	1	5	15	75	7
1914—1916	129	4	3	82	63·5	5
1895—1916	963	53	5·5	544	56·5	9·7

[1]) Patrz »Przegląd lekarski« 1914, Nr 8.

II. Co do wieku chorych:

od 0—1 roku	10 przypadków		od 7—8 lat	6 przypadków	
» 1—2 lat	16 »		» 8—9 »	5 »	
» 2—3 »	27 »		» 9—10 »	1 przypadek	
» 3—4 »	15 »		» 10—11 »	4 przypadki	
» 4—5 »	13 »		» 11—12 »	2 »	
» 5—6 »	15 »		» 12—13 »	1 przypadek	
» 6—7 »	10 »		» 13—14 »	3 przypadki	
			» 14—15 »	1 przypadek	

III. Co do dnia choroby w którym surowicę wstrzyknięto:

A) Wszystkie przypadki wogóle:		B) Przypadki krtaniowe:	
1	9	1	33
2	43	2	43
3	44	3	6
4	26		
5	6		
7	1		

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Wszystkie przypadki wogóle:		B) Przypadki krtaniowe:	
1000 jedn. ochron.	4	2000 jedn. ochron.	56
1500 » »	3	2500 » »	6
2000 » »	93	3000 » »	9
2500 » »	6	3500 » »	3
3000 » »	12	4000 » »	8
3500 » »	3		
4000 » »	8		

V. Co do wielokrotności dawek:

Jednorazowo 118, — dwukrotnie 11.

VI. Co do objawów posurowiczych:

Wysypkę posurowiczą spostrzegałem 19 razy, co stanowiło, po odtrąceniu czterech przypadków śmiertelnych, 15% ogólnej liczby przypadków. Ponieważ zdarzała się ona tylko w przypadkach z zastosowaniem surowicy powyżej 1000 jedn. ochron., których było 121 (po wyłączeniu czterech śmiertelnych), więc zjawiła się ona w niespełna 16% tych przypadków. Wysypka w 14 przypadkach występowała pod postacią pokrzywki, w pięciu pozostałych zaś w postaci mieszanej. Zjawiała się między 6 a 11 dniem po wstrzyknięciu, była wędrującą po powierzchni skóry, zwykle swędzącą. Trwała z przerwami od jednego do trzech dni.

VII. Przypadki śmiertelne opiszę nieco szczegółowiej:

1. Kowal., lat $2^1/_2$, córeczka fornala, budowy i odżywienia średniego, chora od tygodnia przy objawach osłabienia ogólnego, gorączki i bólu gardła. Od dwóch dni wystąpiły objawy krupu krtani, które tak szybko się wzmagały, że pod koniec drugiej doby zjawiły się objawy zaduszania, wskutek czego dziecko przywieziono do mnie. Przy badaniu gardła widoczne bardzo silne zaczerwienienie ogólne oraz ślady po przebytej świeżo błonicy na migdałkach, łukach i języczku. Zupełna niemożność badania wziernikiem wobec niepokoju dziecka i krótkiego oddechu. Gruczoły szyjne z obu stron miernie powiększone i stwardniałe. Niezwłocznie wstrzyknąłem 2000 jedn. ochron. w objętości 10 cm sześc. surowicy Warsz. Tow. nauk. (Ser. 5 z dnia 28. VIII. 1914); pozostało to bez żadnego zgoła wpływu na stan dziecka, które zmarło w 16 godzin potem przy objawach wzrastającej duszności i upadku działalności serca.

2. Szmag., 9 miesięcy, córeczka piekarza, wątła, blada, niedokrwista, budowy lichej. Po kilku dniach niedomagania kataralnego, połączonego z kaszlem, wystąpiły objawy krupowe, pogarszające się tak gwałtownie, że zaraz na drugi dzień przyszedł okres zaduszania się, rzężeń i upadku sił. Przy badaniu gardła — ogólne silne zaczerwienienie, gruczoły szyjne miernie powiększone i stwardniałe; ze strony płuc objawy oskrzelowego i oskrzelikowego zapalenia płuc, prawdopodobnie charakteru krupowego (croup descendens). Niezwłocznie wstrzyknąłem 3000 jedn. ochron. w objętości 6 cm sześc. surowicy z Hoechst (Nr III D). Jednocześnie podskórnie olejek kamforowy, kofeinę, a wewnętrznie piżmo z waleryaną. Wszystkie zabiegi te pozostały bez skutku; dziecko zmarło przed upływem doby przy objawach wzrastającego zaduszania się i zupełnego upadku działalności serca.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Ankieta wstępna w dniu 9. Maja 1917 w sprawie zboczeń, wywołanych wadliwem lub niedostatecznem odżywieniem.

Przewodniczy prezes Ciechanowski, obecnych członków 35.

Przewodniczący, otwierając ankietę, wyjaśnia jej cel i zaprasza najpierw kolegów okulistów, potem ginekologów, wreszcie internistów i pedyatrów do wypowiedzenia swych spostrzeżeń.

1) Kol. Marcisiewicz zwiększenia się ilości przypadków kurzej ślepoty nie zauważył. Natomiast zauważył częstsze powstawanie zaćmy, a głównie bardzo szybkie jej dojrzewanie, zwłaszcza zaćmy starczej. W ostatnich czasach widział takich przypadków około 15. W każdym razie ilość ich jest znacznie większa, niż w roku 1915—1916. Praktyka mowcy rekrutuje się głównie ze sfer nieco zamożniejszych.

2) Kol. Kleczkowski od 1915 r. zauważył cały szereg przypadków kurzej ślepoty, które uważa za następstwo złego odżywienia. Przed wojną były to przypadki rzadkie i nie zwracano na nie wiele uwagi. Podczas wojny powstały nowe sposoby badania, które ułatwiają rozpoznanie. Ilość tych przypadków statystycznie jest o wiele większa, niż dawniej. Od grudnia 1915 r. zauważył ich mowca mniej więcej 350. Składa się na nie materyał niejednolity, około 80% wojskowy, a 20% cywilny. Wśród cywilnych objawy te są częstsze. Bardzo liczne przypadki wśród jeńców. Przyczyną są zmiany w czerwieni wzrokowej. Dowodem, że złe odżywienie wpływa na powstanie tej sprawy, jest to, że zmiany te szybko ustępują u chorych, przyjętych na klinikę i lepiej odżywianych. U dzieci zauważył mowca w tym czasie 2—3 przypadki keratomalacyi; te nie są częstsze, niż dawniej.

3) Kol. Zubrzycki: Zaburzenia miesiączki (amenorrhoea) mogą być następstwem złego odżywienia, lecz zwiększenia się tych zmian w obecnych czasach mowca nie zauważył.

4) Kol. Markowa zwraca uwagę na zwiększoną liczbę poronień, której przyczyną są nietylko gorsze warunki odżywienia, lecz i cięższa praca fizyczna, którą kobiety muszą wykonywać.

5) Kol. Blassberg podaje, że w praktyce prywatnej w drugiej połowie 1916 r. i w r. 1917 zauważył około 11% chorych, zgłaszających się tylko ze skargą na zeszczuplenie. Ponieważ u tych chorych nic innego znaleść nie można, należy ten objaw odnieść do zmian na tle gorszego odżywienia. Około 50% chorych w 1917 r. stanowią przypadki albo niedokrwistości (i nic więcej) albo ogólnych nerwic (neurastenia), albo choroby żołądka i jelit. Te ostatnie należy odnieść do zmian, powstałych na tle odżywienia złymi środkami spożywczymi, bo dotyczy to chorych, którzy co do ilości nie gorzej się odżywiają, niż dawniej. Tymi złymi surogatami jest n. p. kakao, ocet, który się fabrykuje obecnie z kwasu mrówkowego i t. d., także i chleb.

6) Kol. prof. Latkowski: Spostrzeżenia w tym kierunku, którym zajmuje się ankieta, najlepiej zbierać w ambulatoryum. Prelegent operuje tylko materyałem szpitalnym. Puchliny głodowej nie zauważył. Coraz częściej zjawia się żółtaczka niezakaźna, albo przemijająca forma lekka, albo pogorszenie dawnej. Bardzo silnie zwiększa się ilość przypadków gruźlicy płuc i gruczołów. Z powodu zamknięcia twierdzy większa ilość tych chorych z okolicy do Krakowa się nie przedostaje. Kasy chorych mogłyby dostarczyć dużo materyału. Najlepiej ułożyć kwestyonaryusz, zapomocą którego możnaby otrzymać daty ściślejsze.

7) Kol. prof. Ciechanowski proponuje wybranie komisyi, złożonej z kol.: Biera, Blassberga, Ciechanowskiego, Langa, Majewskiego, Marcisiewicza, Nitscha, Schneidra i Zubrzyckiego, (którą natychmiast wybrano), dla ułożenia odpowiedniego kwestyonaryusza w tej sprawie.

Zwiększona ilość gruźlicy objawia się również na stole sekcyjnym. Spotyka się ją teraz znacznie częściej w formie czynnej także w tych przypadkach, w których przyczyną śmierci jest inna choroba. Forma jej jest złośliwsza, w gruźlicy płuc przeważa postać rozpadowa.

8) Kol. Schneider: W prywatnej praktyce zwiększyła się znacznie ilość chorób żołądkowych i przemijającej żółtaczki niezakaźnej, a przynajmniej nie nagminnej. Choroby żołądka należy odnieść do złej jakości chleba. Jak słychać, ma być procent mąki w chlebie (obecnie 33%) znowu zmniejszony i za-

stąpiony surogatami. Gruźlicy spotyka mowca obecnie bardzo wiele, i to bardzo szybko się rozwijającej.

9) Kol. Wysocki opiera swe uwagi na spostrzeżeniach z ambulatoryum kliniki chorób wewnętrznych, gdzie oprócz sfer najbiedniejszych spotyka w ostatnich czasach bardzo licznie inteligencyę urzędniczą. Ci chorzy z inteligencyi wyglądają zatrważająco. Zgłaszają się wprost całe rodziny z gruźlicą. Pogląd mniej więcej na gruźlicę daje n. p. dzisiejszy dzień; na 16 chorych — 10 przypadków gruźlicy, przeważnie ze sfer urzędniczych. Choroby żołądka i jelit bardzo wzrastają. O leczeniu dyetetycznem ani na klinice, ani w domu mowy być nie może z powodu braku wszelkich środków dyetetycznych: mąki, grysiku i t. d. Mowca spostrzegał liczne żółtaczki lekkie i przemijające, niezakaźne i bez kamicy żółciowej. Puchliny głodowej, dotychczas nie zauważył. W ambulatoryum kliniki chorób wewnętrznych spotyka się bardzo często także zaburzenia miesiączkowania (amenorrhoea), których przyczyny odnosi mowca jednak do wpływów psychicznych. — Mowca ma pod opieką lekarską schronisko miejskie w t. zw. ogrodzie angielskim. Od r. 1915, to znaczy od czasu, kiedy odżywienie w zakładzie bardzo się pogorszyło, występuje tam szereg przypadków specyalnej anoreksyi starczej od 55 r. życia. Do niej dołącza się biegunka i niestrawność, które to objawy w przeciągu paru tygodni sprowadzają śmierć.

10) Kol. prof. Majewski: Jeżeli dzisiejsza ankieta ma osiągnąć cel praktyczny, to musi zmierzać do uzyskania cyfr. Cyfry te powinny być najogólniejsze. Proponuje, aby urządzać masowe ważenie ludności, przynajmniej w pewnych jej kategoryach.

11) Kol. Wachnianin spostrzegał bardzo liczne przypadki puchliny głodowej wśród jeńców. Najczęstsze wśród jeńców rosyjskich (Tatarzy i Czerkiesi), rzadsze wśród serbskich i włoskich, bo ci dostają często środki żywności z ojczyzny. Pobyt i leżenie w szpitalu leczy tę sprawę szybko, powrót do pracy ponawia chorobę.

12) Kol. Wysocki: Statystyki obecne niemieckie wypadają bardzo optymistycznie dlatego, że Niemcy w zwykłych dawnych warunkach spożywali 85% kaloryi więcej, niż potrzebowali i byli bardzo dobrze odżywieni; stąd i oddziaływanie na gorsze warunki jest powolniejsze. U nas sprawa odżywiania już dawniej inaczej się przedstawiała i wynik też dziś inaczej wypada.

13) Kol. Rosenhauch: Przyczyny kurzej ślepoty należy odnieść głównie do złego odżywienia. W praktyce prywatnej zauważył niedawno liczniejsze przypadki. W wojsku wśród jeńców spotyka się to schorzenie bardzo często. Wpływ niedostatecznego odżywiania odbija się także na częstości i szybkiem dojrzewaniu zaćmy. Dowodem na to są spostrzeżenia dawniejsze nad t. zw. »cataracta e lactatione«. Występuje ona bowiem u młodych kobiet, które długo karmiły.

14) Kol. Marcisiewicz: Przed 30 laty już prof. Rydel w Krakowie zajmował się sprawą tej »cataracta e lactatione« u kobiet wiejskich, które długo karmiły i przechodziły ciężkie porody.

15) Kol. Bier: spotyka obecnie częste skargi na jakość produktów spożywczych. Zapytuje, jak często występują w ostatnich czasach objawy kolki i żółtaczki i czy nie są one związane z chlebem obecnym? Gdy wprowadzono owies do chleba, to objawy podobne występowały masowo, n. p. wśród górników. Ziarno bowiem naszego owsa daje 30% mąki, obecnie zaś wydostaje się 50%; ponieważ młyny nasze odpowiednio do tego nie są urządzone, w mące tej znajduje się dużo plew, które wywołują te objawy żołądkowe. Zwraca uwagę na badanie moczu chorych, którzy używają octu. Kwas mrówkowy, z którego ocet jest obecnie fabrykowany, działa drażniąco na nerki i zabójczo na ciałka czerwone. Może to być przyczyną niedokrwistości.

16) Kol. Lang puchliny głodowej czystej nie zauważył. Z chorób, które częściej się pojawiają, wzmaga się przedewszystkiem przerażająco gruźlica we wszystkich formach. Trudności powstają z umieszczeniem chorych, bo miejsca dla gruźlicy bardzo mało.

17) Kol. Służewski: Pewną miarą dzisiejszego stanu zdrowia byłaby statystyka śmiertelności w mieście. Ścisłe daty mógłby podać urząd miejski. W dzielnicach, należących do zakresu działania mowcy, jako lekarza miejskiego (Podgórze, Ludwinów, Płaszów, Kapelanka), śmiertelność znacznie się zwiększyła, n. p. do dziś w roku 1917 było 128 przypadków śmierci, w tym samym czasie w roku 1916 było ich 98, przyczem uwzględnić należy kilkanaście przypadków śmierci w roku zeszłym z powodu epidemii płonicy. Obecnie przyczyną śmierci jest nieporównanie częściej chera (marasmus senilis) i gruźlica, u osesków zaś choroby przewodu pokarmowego. Co do gruźlicy, to uderza jej złośliwość. Zmiany, które dawniej łatwo dały się wyleczyć, dziś szybko wiodą do śmierci. W ambulatoryum dla ubogich zgłaszają się dziś przeważnie matki po kartki na grysik, obecnie jednak już nawet grysiku wcale nie wydają. Brak mleka wpływa bardzo niekorzystnie. U dzieci najczęściej spotyka mowca obecnie krzywicę, zołzy i gruźlicę przewodu pokarmowego.

18) Kol. Kader był w styczniu 1916 r. na podobnej ankiecie w Niemczech. Mówiono tam o konserwach i o preparatach z kartofli i podnoszono wartość suszonych kartofli.

19) Kol. Ruppertowa obserwuje chorych, zgłaszających się do szczepienia przeciw wściekliźnie z dalszych okolic. Można tam stwierdzić niepokojące podupadanie stanu odżywienia i wyglądania, zwłaszcza wśród dzieci od lat 8. Ludzie ci w wielu wsiach żywią się dziś n. p. łupami z kartofli i otrębami.

20) Kol. prof. Ciechanowski, reasumując wynik ankiety stwierdza, że w Krakowie nie spotyka się jeszcze puchliny głodowej, lecz, że już i tu w twierdzy, gdzie były pewne zapasy, ludność jest źle odżywiona i że pierwsze tego skutki już się zjawiają. Te oznaki zjawiają się również i wśród ludności przychodniej. W szczególności stwierdzić można znaczne zwiększenie się częstości kurzej ślepoty, szybkość dojrzewania zaćmy (katarakty), zaburzenia przewodu pokarmowego, szczególnie połączone z objawami żółtaczki niezakaźnej, wychudzenie, niedokrwistość, bardzo znaczny przyrost gruźlicy i zwiększoną śmiertelność. Należy uprosić kolegów z ambulatoryum chorób wewnętrznych i dziecięcych o podanie dat z pewnego okresu przed wojną i dziś, oraz rozesłać kolegom na prowincyę kwestyonaryusz, który ułoży wybrana dziś komisya.

Sekretarka: Dr Wyżykowska-Michejdzina.

Na czem polega umiejętny nadzór nad żywnością i jak ten nadzór należałoby zorganizować w Polsce.

Referat wygłoszony w sekcyi sanitarno-lekarskiej II-go Zjazdu higienistów polskich w Warszawie w dniu 30 czerwca 1917

przez

Dra Leonarda Biera,
Dyrektora c. k. Zakładu powszechnego do badania żywności w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Odpowiednio do licznych, w części różnych zadań zakładów badawczych autonomicznych i rządowych, musi być zastosowana różna skala wymagań co do specyalnych kwalifikacyi zawodowców zajętych w zakładach badawczych, wyższa oczywiście w zakładach rządowych. Jeśli dawniej — a nawet przez czas dłuższy w Niemczech — przyjmowano, że do spełniania zadań analityka żywności wystarcza dobra znajomość chemii analitycznej, to wkrótce skalę tych wymagań podwyższono żądając od kandydatów na siły pomocnicze (asystentów) w odnośnych pracowniach ukończenia pewnego całokształtu nauk zakończonych praktyką zawodową i egzaminem dyplomowym na »Nahrungsmittelchemikera«. Wymagania te, jak wśród zawodowców niemieckich coraz więcej podnosi się głosów, nie wystarczają już teraz i przygotowanie do tego zawodu wymaga znaczniejszego pogłębienia wobec wymagań administracyi stawianych do tej kategoryi znawców. Tym też wymaganiom odpowiadają w Austryi lepiej niż w Niemczech później wydane przepisy co do studyów wyższych dla kandydatów na »znawców żywności«, wymagające od nich, po udowodnieniu świadectwem dojrzałości wykształcenia ogólnego, gruntownego wykształcenia przyrodniczego z chemią, jako przedmiotem głównym, fizyką i botaniką, jako pobocznemi, udowodnionego egzaminem t. zw. »kwalifikacyjnym«, zanim dopuszcza się ich do studyum specyalnego na znawcę. Studyum to składa się z 2-letniego przygotowania na specyalnych wykładach i w pracowniach uni-

wersyteckich (politechniki) z następujących przedmiotów: 1) analiza chemiczna środków spożywczych, 2) mikroskopia roślinnych środków spożywczych i nauka o roślinnych środkach spożywczych, roślinach trujących (grzybach) i pewne ustępy towaroznawstwa, 3) chemia sądowa, 4) technologia środków spożywczych, 5) mikrobiologia wody i środków spożywczych, 6) wybrane ustępy z higieny, odnoszące się do zasad przemiany materyi w organizmie ludzkim, hygieny żywienia, wody, gruntu i wód odpadkowych, 7) znawstwo żywności t. j. nauka o własnościach normalnych i nieprawidłowych produktów spożywczych, szkodliwości ich dla zdrowia i fałszerstwach uprawianych, w końcu 8) ustawodawstwo w zakresie nadzoru nad żywnością i zasady organizacyi władz. Do studyum 2-letniego należy najmniej roczna praktyka w rządowym zakładzie badawczym do której dopuszcza się kandydatów na znawców po wysłuchaniu wykładów z dopiero co wymienionych najważniejszych nauk zawodowych. Zakończeniem omawianego studyum zawodowego jest egzamin dyplomowy na »znawcę żywności« składany przed komisyą rządową złożony z części praktycznej i teoretycznej przedmiotów dopiero co wymienionych. Analogiczne przepisy do rozporządzeń austryackich z r. 1897 wzgl. 1900 wydał co do studyum i egzaminu na »chemików środków żywności« rząd związkowy szwajcarski w r. 1909 — zaś na uniwersytetach i związkowej politechnice szwajcarskiej podobnie jak w Niemczech, a po części i Austryi zapewniono odnośnym kandydatom możność nabywania wspomnianych nauk.

Z powyższego przedstawienia wymagań rządów państwowych co do ogólnego i specyalnego zakresu nauk i pewnego minimum doświadczenia praktycznego od znawców czynnych w zawodzie publicznym przy ocenie produktów spożywczych, jasnem jest — jak wielką jest skala tych wymagań. I słusznie, boć na wyniku badań i na opiniach tych znawców z urzędu opierać mają sądy swe wyroki z karami więzienia i grzywnami, mają orzekać co do przepadku towaru, zawieszać uprawnienia przemysłowe, piętnować winnych. publicznie ogłaszaniem wyroków w dziennikach, ze wszystkiemi innemi następstwami kar sądowych. Do pracy tych urzędów przykładać przeto trzeba szczególniejszą miarę co do sumienności, staranności w wykonaniu powierzonych zadań i do znajomości przedmiotu — w tym względzie nie można ich stawiać na jednym stopniu z innemi urzędami. Moralna kwalifikacya tych urzędników musi też być ponad przeciętną miarę wyższą, raz że sposób ich badania nie da się tak łatwo sprawdzać, jak praca innego rodzaju urzędników i korzystają oni z tego powodu z pewnych przywilejów większego zaufania, powtóre że przez częstą styczność z zawodami, których głównym jakoby zadaniem życiowem jest możliwie największy zarobek z pominięciem obowiązków wobec konsumenta, narażeni są ci urzędnicy zawodowi na liczne i nie zawsze dające się przewidzieć pokusy, że nadto zadaniem ich przewodniem w działaniu — szczególnie przy wygotowaniu orzeczeń — winna być przedewszystkiem ochrona konsumenta przed szkodą na zdrowiu i ekonomiczną, a na drugim planie dopiero inne względy rzeczowe, w końcu, że może żaden inny zawód publiczny nie jest tak wśród pewnych sfer interesowanych znienawidzonym, a nawet celowo poniżanym, jak zawód publicznego znawcy żywności, który ma tę odwagę, czy czelność niejednokrotnie wpływowe sfery przemysłowe lub handlowe stawić przed kratki sądu karnego i udowadniać im praktyki nierzetelne i wyzysk w tem, w czem sfery te pragnęłyby niejednokrotnie uchodzić za dobrodziejów ludzkości. Zawód znawcy czynnego w służbie publicznej w dziedzinie nadzoru nad żywnością bardzo często usłany jest cierniami jeszcze i z tego powodu, że napotyka się on z brakiem oddźwięku dla swej pracy, dla swych opinii i wywodów w tej sferze, w obronie której i przez którą pracuje, t. j. wśród inteligentnych konsumentów, urzędników administracyjnych i sędziów, nie mogących n. p. zrozumieć, dlaczego mieszanie mleka wieczornego podebranego ze śmietanki z mlekiem porannem, jeśli »spółka« ta posiadająca zawartość tłuszczu przeciętną dla mleka normalnego, uchodzić musi jednak za fałszerstwo, dla czego, za sprzedaż wielu artykułów pociągać należy przed sąd, chociaż nie są one szkodliwemi zdrowiu. Gdy zaś dodam do tego, że od znawcy żywności, zwłaszcza na samodzielnem stanowisku, wymagać się musi obok technicznego opanowania metodyki badania, jeszcze zdolności naukowego myślenia i nadawania swym myślom, wyrażeniom i opiniom formy naukowej, zrozumiecie Panowie, dlaczego chciałbym w zawodzie tym widzieć możliwie najwięcej sił wyborowych i dlaczego jestem przeciwnym przedłożonemu uczestnikom niniejszego Zjazdu »Projektowi o zdrowiu publicznem w Polsce« — w części jego dotyczącej nadzoru nad żywnością, który w ustępie 189 b) nadzór laboratoryjny, zatem ścisły, pragnie powierzyć na prowincyi — aptekom. Że i aptekarski zawód, na podstawie swego zawodowego przygotowania, bardzo dobre może oddać usługi w nadzorze nad żywnością, zwłaszcza na prowincyi, przyjmując po przejściu odpowiedniego kursu obowiązki komisarzy targowych lub pracując w miejscowych komisyach zdrowotnych, nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości — jak i to, że do wykonywania ścisłego nadzoru w pracowni nadawać się mogą wyjątkowi aptekarze o pełnem wykształceniu ogólnem, po przebyciu na równi z innymi kandydatami wymaganych nauk i zobowiązani przysięgą służbową do przestrzegania w wygotowaniu swych opinii wszelkich ustawowych przepisów i rozporządzeń, których celowy nadzór nad żywnością wymaga.

(Dokończenie nastąpi)

Wiadomości bieżące.

Kraków. Zrozumiawszy na równi z innemi społeczeństwami wielką wagę ochrony młodego pokolenia, zdobyło się i nasze społeczeństwo w roku bieżącym poraz pierwszy na akcyę w wielkim stylu w zakresie wysyłania młodzieży miejskiej na lato na wieś, tworzenia kolonii i półkolonii. W akcyi tej w Galicyi jedno z pierwszych miejsc zajął Kraków, a przedewszystkiem Zarząd miasta, dostarczając Towarzystwu walki z gruźlicą przeważną część środków na organizacyę półkolonii dla 3000 dzieci. W wykonaniu całej sprawy wielkie zasługi ma doc. Dr Tomasz Janiszewski, naczelny lekarz miasta. Oprócz półkolonii, rozmieszczonych w 6 ogrodach miejskich, urządziło Towarzystwo walki z gruźlicą pełną kolonię dla 400 dzieci na Prądniku białym. W drugim rzędzie działało Zachodniogalicyjskie Towarzystwo ochrony młodzieży, urządzając kolonie w Jaśkowicach, Krośnie, Myślenicach i Łańcucie dla kilkuset dzieci, czem zajmował się bardzo gorliwie Dr Ignacy Dembowski, były wiceprezydent Rady szkolnej; obok niego działały tak dawne, jak i nowo powstałe mniejsze zrzeszenia, jak Towarzystwo kolonii szkół średnich (kolonia w Porembie dla 70 uczniów), Związek niewiast katolickich (kolonia dziewczęca w Żegiestowie), Komitety parafialne (200 dzieci w Kochanowie) i inne. Równie piękne wyniki wydała akcya w wielu miastach prowincyonalnych.

— Zakład wodoleczniczy w Zakopanem p. f. Dr Chramca ma być wkrótce wystawiony na licytacyę publiczną. Dr T. Gabryszewski, lekarz gminny i klimatyczny w Zakopanem, zwrócił się wobec tego do Towarzystw lekarskich w Warszawie, Lwowie i Krakowie z zawiadomieniem, że zachodzi uzasadniona obawa, iż zakład ten chce kupić pozakrajowa spółka i przez to znowu jedna placówka polska przejdzie w obce ręce. Obecnie zaś byłby jeszcze czas zorganizować akcyę zapobiegawczą i stworzyć spółkę polską, któraby zakład nabyła.

— Otrzymujemy list następujący:

»Wszystkim Przyjaciołom i Kolegom ś. p. męża mego Dr Stanisława Droby, którzy uczcili pamięć Jego wmurowaniem pamiątkowej tablicy w kościele św. Łazarza, składam na tej drodze serdeczne wyrazy wdzięczności. — Marya Drobowa«.

Warszawa. D. 16. VIII. b. r. w Wydziale wykonawczym Tymczasowej Rady Stanu rozpatrywano opracowany przez Departament spraw wewnętrznych, projekt organizacyi służby zdrowia publicznego w Królestwie Polskiem. Projekt został oparty na »Ustawie o Zarządzie służby cywilnolekarskiej w Królestwie Polskiem«, wydanej w roku 1840. Ustawa ta była pierwszą ustawą tego rodzaju w prawodawstwie europejskiem i pod wielu względami stała się wzorem dla późniejszych ustaw. Projekt Departamentu spraw wewnętrznych wprowadził do niej szereg zmian i uzupełnień, wskazanych przez nowoczesne warunki społeczne i potrzeby higieny publicznej. Ostateczne przeredagowanie projektu, z uwzględnieniem poruszanych w dyskusyi kwestyi, powierzono Departamentowi Spraw wewnętrznych.

Przyjęto do wiadomości, że mianowanie polskich lekarzy powiatowych, w porozumieniu z właściwemi władzami okupacyjnemi, ma nastąpić we wrześniu. W związku z tem, upoważniono Wydział służby zdrowia publicznego przy Departamencie spraw wewnętrznych po porozumieniu się w razach wątpliwych z Wydziałem lekarskim Uniwersytetu warszawskiego, do przyznawania lekarzom z dyplomami uniwersytetów zagranicznych, prawa wykonywania praktyki lekarskiej oraz zajmowania stanowisk urzędowych w Królestwie Polskiem.

— Od kilku tygodni spotęgowana epidemia czerwonki przebiega z wysoką śmiertelnością (25%), co przypisać należy wyniszczeniu ludności z powodu głodu.

— Departament Spraw wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu wzywa lekarzy, zamierzających objąć stanowiska lekarzy powiatowych, by niezwłocznie złożyli podania w Dyrekcyi Departamentu (ul. Marszałkowska 154) z dołączeniem dyplomu i opisu życia.

— Czasopismo »Beiträge zur Klinik der Tuberkulose«, redagowane przez prof. Dr Brauera w Würzburgu, wydało zeszyt jubileuszowy, poświęcony 40-letniej działalności Dr Alfreda Sokołowskiego, a zawierający prace Dr Pruszyńskiego, Dębińskiego, Jaworskiego, Tuza, Świeżyńskiego i Budzyńskiego.

Z różnych stron. Po dłuższej przerwie doszedł do nas znowu jeden zeszyt »Polskiego Miesięcznika lekarskiego«, mianowicie Nr 4, z kwietnia r. b. W zeszycie tym zapowiedziano, że numer następny, poświęcony pamięci Wł. Biegańskiego, wyjdzie dopiero w sierpniu.

Niezwykłą wiadomość, — nie podaną dotąd przez żadne czasopismo polskie z tej strony linii bojowej, — przyniósł był ten Nr 4 »Miesięcznika lekarskiego« w artykule p. t. »Polska Szkoła wyższa w Kijowie«. Mianowicie wobec świetnego rozwoju polskich wyższych kursów naukowych w zimie 1917 r., zaczęto się z wiosną krzątać około stworzenia wprost polskiego uniwersytetu w Kijowie. Przygotowania posunięto tak daleko, że w jesieni r. b. miał być Wydział przyrodniczy prawie w komplecie, a dla Wydziału lekarskiego były zapewnione wykłady: propedeutyki lekarskiej (Szumowski), dyagnostyka chorób wewnętrznych (Nowaczek), klinika chorób wewnętrznych (Bylina), mechanoterapia (Piasecki). (Czy rozwój wypadków w Rosyi nie udaremnił potem tych planów — nie wiadomo).

— Wkrótce ma wyjść nowe wydanie farmakopei austryackiej, której wydanie VIII, z r. 1906, jest już obecnie przestarzałe. Z nowego wydania mają być usunięte wszystkie leki, które już wyszły z użycia lub bardzo rzadko są używane, a natomiast mają być wprowadzone nowsze przetwory, które okazały się w praktyce użyteczne. W nowem wydaniu mają być uwzględnione zapatrywania, życzenia i potrzeby kół lekarskich; dlatego zechcą koledzy nadsyłać swoje uwagi w tej sprawie pod adresem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego (Radziwiłłowska 4), a to do d. 15 października b. r.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Dr Adolf Beck we Lwowie otrzymał tytuł i charakter radcy dworu.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Lipiec (Cena 4 Mk.).

Lipcowy zeszyt »Kursów« zawiera przegląd prac ginekologicznych z r. 1916/17, napisany przez prof. A. Martina, oraz rozprawę prof. W. Stoeckla p. t. »Zagadnienia położnicze«, złożoną z 6 rozdziałów, wśród których jeden pod tytułem: »Wojna a ginekologia«, rozpatruje także sprawę »wojennego« braku miesiączkowania oraz »wojennych« dzieci.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1917.

Gazeta lekarska Nr 30—33.: Leśniowski: Przypadek ciężkiego powikłania ropnego zapalenia pęcherza moczowego (30).— Karpiński: Kilka słów o czerwonce (31). — Nowicki: Przypadki czerwonki z wykazaniem zarazka także poza przewodem pokarmowym (32—33). — Szenajch: Ruch ludności w Warszawie w ostatniem pięcioleciu (33).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 29—33.: Grzywo-Dąbrowski: Cztery przypadki śmiertelnego zatrucia grzybami (29—30). — Hertz (dok. 29). — Orłowski: Projekt prawodawstwa szpitalnego (30—31). — Higier: Z symptomatologii i prognozy rzadszych postaci nagminnego zapalenia opon (32). — Srebrny: Przyczynek do etyologii powracających ropni okołomigdałkowych (33).

Zdrowie Z. 7.: Bujakowski: W sprawie związku zdrojowisk, uzdrowisk i letnisk. — Dzięciołowski: Obecne zaopatrywanie Warszawy w mleko, sanacya sprawy mlecznej wogóle i kontrola mleka (c. d.).

Polski Miesięcznik lekarski 1917 Z. 4: Pański: W kwestyi przyczyn cierpień organicznych, nerwice kontuzyjne potęgujących. — Landau Anast.: Otrucie gazami duszącymi, jego obraz kliniczny i metody leczenia. — Święcki: Chlor jako środek opatrunkowy. — Szumowski: Wytyczne ustroju sanitarnego w Polsce. — Janowski: O kilku rzadkich mięśniowych i stawowych umiejscowieniach gośćca.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 36. Kraków, 8. września 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 8. września 1917. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

Dalszy przyczynek.

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów).

(Ciąg dalszy).

3. P., lat $3^1/_2$, synek parobka, dobrej budowy i odżywienia średniego. Przy dwa tygodnie już trwającym krztuścu, dostał krupu krtani, który na trzecią dobę przeszedł w okres zaduszania. W gardle bardzo silne zaczerwienienie ogólne z widocznym obrzękiem błon śluzowych oraz lekko zarysowanymi śladami przebytej błonicy na łukach i migdałkach. W płucach rzężenia grubobańkowe i drobnobańkowe; gruczoły szyjne z obu stron miernie powiększone i stwardniałe; wziernikowanie gardła i krtani niemożliwe z powodu utrudnienia i częstości oddechu. Wstrzyknąłem niezwłocznie 3000 jedn. ochron. w objętości 7·5 cm sz. surowicy z Hoechst (Nr III) bez żadnego skutku. Śmierć nastąpiła na drugi dzień rano przy objawach wzrastającego zaduszania i zupełnego wyczerpania serca. Powikłanie krztuśca krupem wywołało szybkie rozszerzenie się krupu po mocno już przekrwionej błonie śluzowej krtani, tchawicy i oskrzeli (croup descendens) wraz z obrzękiem ostrym błony śluzowej krtani, co mogło w znacznym stopniu przyspieszyć zgon.

4. Pol., 11 lat, córka włódarza, budowy i odżywienia średniego. Od siedmiu dni przy osłabieniu ogólnem zapalenie błonicze gardła z obfitymi nalotami na migdałkach, łukach, języczku i tylnej ścianie. Objawy ze strony krtani wystąpiły od dwóch dni; błona śluzowa krtani mocno przekrwiona, gdzieniegdzie małe szarożółte plameczki. Gruczoły podszczękowe z obu stron powiększone i stwardniałe; objawy zajęcia tchawicy, oskrzeli i tkanki płucnej. Tegoż dnia wstrzyknąłem 2000 jedn. ochron. surowicy Warsz. Tow. nauk. (S. 1. z 8. II. 1916) w objętości 10 cm sz. Zabieg ten pozostał bez skutku, dziewczyna zmarła nazajutrz.

VIII. Wstrzyknięć powtórnych (reinjectio) w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, czyli zastosowanych po upływie więcej niż ośmiu tygodni od wstrzyknięcia pierwotnego, dokonałem w roku 1914 w dziewięciu przypadkach. Cztery z nich (Nr 65, 66, 67 i 68) opisałem w odczycie, przygotowanym na Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Lublinie (patrz »Medycyna i Kronika lek.« 1914 Nr 22 oraz »Przegląd lek.« 1914 Nr 29—33). W roku 1915 dokonałem reinjekcyi w 12 przypadkach, w roku 1916 — w 3 przypadkach. Wszystkie przypadki te w liczbie 20, po odtrąceniu czterech wspomnianych, już opisanych, zestawiam poniżej:

L. 69. Kuc., płci żeńskiej, (1910), l. 3. Angina diphtheritica incipiens. Wstrzyknięto 1000 jedn. ochr. w 6 cm sz. w 1 dawce. — (1914) Angina dipht. 3000 IO = 15 cm 1 D. Pokrzywka w 9—10 dniu.

70. Kat. ż. (1911) l. $1^1/_2$. Angina diphtheritica. Laryngitis crouposa. 2000 IO = 10 cm. 1 dawka. — (1914) Angina dipht. Laryng. croup. 2000 IO = 5 cm. 1 D.

71. Mark., m. (1911) l. $^3/_4$. Laryngitis crouposa incipiens. 2000 IO = 10 cm. 1 D. — (1914) Angina dipht. 3000 = 7·5 cm. 1 D.

72. Ważn. m. (1911) l. $2^1/_2$. Angina diphth. Laryng. croup. recid. 4000 IO = 20 cm. 2 D. Pokrzywka na 7—8 dzień.— (1914) Angina diphth. 2000 IO = 5 cm. 1 D.

73. Gum. ż. (1912) l. $2^1/_2$. Angina dipht. Lar. croup. incip. 2000 IO = 8 cm. 1 D. — (1914) Angina diphth. 2000 IO = 5 cm. 1 D.

74. Wasz. ż. (1911) l. 1. Angina diphth. Laryng. croup. 4000 IO = 20 cm. 2 D. Pokrzywka na 9—10 dzień. — (1915) Angina dipht. 2000 IO = 10 cm. 1 D.

75. Cz. ż. (1912) l. $1^1/_4$. Lar. croup. 2000 IO = 8 cm. 1 D.— (1915) Ang. dipht. 2000 IO = 10 cm. 1 D.

76. B. ż. (1908) l. 7. Lar. croup. 4000 IO = 24 cm. 2 D. Pokrzywka 10—12 dnia. — 1915) Ang. dipht. 2000 IO = 4 cm 1 D.

77. S. ż. (1905) l. 2. Ang. dipht. Lar. croup. 2000 IO = 16 cm. 1 D. Pokrzywka 8—10 dnia. — (1915) Ang. dipht. oedema pharyngis. 3000 IO = 6·75 cm. 1 D.

78. M. ż. (1909) l. $1^1/_2$. Lar. croup. 4000 IO = 24 cm. 2 D. Pokrzywka 7—9 dnia. — (1915) Ang. dipht. 2000 IO = 4 cm. 1 D.

79. B. m. (1912) l. $3^3/_4$. Lar. croup. 2000 IO = 8 cm. 1 D. — (1915) Lar. croup. 2000 IO = 4 cm. 1 D.

80. W. ż. (1913) l. $1^1/_2$. Lar. croup. 3000 IO = 12 cm. 2 D. Pokrzywka 8—10 dnia. — (1915) Ang. dipht. Lar. croup. 2000 IO = 4 cm. 1 D.

81. Cz. ż. (1908) l. 4. Ang. dipht. Lar. croup. 2000 IO = 12 cm. 1 D. — (1915) Ang. dipht. 2000 IO = 4 cm. 1 D.

82, M. ż. (1915, IV.) l. $2^1/_4$. Lar. croup. 2000 IO = 4 cm. 1 D. Pokrzywka 8—9 dnia. — (1915, X.) Lar. croup. incip. 2000 IO = 4·5 cm. 1 D.

83. K. ż. (1911) l. $1^1/_2$. Lar. croup. 2000 IO = 6·25 cm. 1 D.

84. H. m. (1910) l. 3. Ang. dipht. Lar. croup. incip. 2000 IO = 12 cm. 1 D. — (1915) Ang. dipht. Lar. croup. 2500 IO = 6·25 cm. 1 D.

85. B. ż. (1911 l. $2^3/_4$. Ang. dipht. 4000 IO = 2 cm. 2 D. Pokrzywka 9—10 dnia. — (1915) Ang. dipht. 2000 IO = 8 cm. 1 D.

86. S. ż. (1916, V.) l. $2^1/_4$. Ang. dipht. Lar. incip. 2000 IO = 8 cm. 1 D. — (1916, XI.) Ang. dipht. Lar. incip. 2000 IO = 8 cm. 1 D.

87. B. m. (1910) l. $1^1/_3$. Ang. dipht. Lar. croup. incip. 2000 IO = 10 cm. 1 D. — (1916) Ang. dipht. 2000 IO = 10 cm. 1 D.

88. R. m. (1912) l. $2^1/_2$. Ang. dipht. Lar. croup. incip. 2000 IO = 8 cm. 1 D. — (1916) Ang. dipht. Laryng. croup. incip. 2000 IO = 10 cm. 1 D.

Sądzę, zdaje mi się dość zasadnie, że większa liczba przypadków reinjekcyi zostaje w związku ze zwiększaniem się wogóle ilości przypadków błonicy i wskazuje na zmniejszenie się odporności także i u osób, które niegdyś przechodziły błonicę, będąc przytem leczone swoiście. Odkładając szczegółowy opis przypadków reinjekcyi do osobnej pracy, tu chcę uwydatnić tylko pewne szczegóły, zasługujące na uwagę:

Najkrótszy odstęp czasu między wstrzyknięciem pierwotnem a reinjekcyą wynosił pół roku w dwóch przypadkach (Nr

82 i 86), najdłuższy zaś — 10 lat (Nr 77); w pozostałych przypadkach reinjekcyi dokonano:

po upływie	2 lat	w	2	przypadkach
» »	3 »	»	5	»
» »	4 »	»	5	»
» »	5 »	»	1	»
» »	6 »	»	2	»
» »	7 »	»	2	»

W jednym przypadku (Nr 69) były objawy posurowicze w postaci pokrzywki w 9:10 dniu po wstrzyknięciu 3000 jedn. ochron. w objętości 15 cm sz.; w przypadku tym po pierwotnem wstrzyknięciu, dokonanem cztery lata przedtem w ilości 1000 jedn. ochron. w objętości 6 cm sz. nie było żadnych objawów posurowiczych. W 19 pozostałych przypadkach po reinjekcyi ani razu objawów posurowiczych nie było, przy zachowaniu się różnem po wstrzyknięciu pierwotnem, a mianowicie: w ośmiu przypadkach była pokrzywka o charakterze zwykłym, w jedenastu zaś wysypki żadnej nie było. Myślę, że poniekąd uzasadnionem będzie mniemanie, iż brak objawów posurowiczych po reinjekcyach należy w dużym stopniu przypisać używaniu surowicy coraz to więcej wartościowej, a zatem mogącej być wstrzykiwaną w coraz to mniejszych względnie objętościach, przez co wprowadza się mniej obcego białka. Z drugiej strony jednak również nie można odrzucić zupełnie i tego przypuszczenia, że produkty rozkładu ponownie wprowadzonego do ustroju obcego białka łatwiej się eliminują ze krwi bez złych skutków z powodu niejako istniejącego już przyzwyczajenia się do tej samej biochemicznej sprawy, jaka uprzednio już raz zaszła w tkankach ustroju. Żaden ze spostrzeganych przypadków reinjekcyi nie zbaczał w swym klinicznym przebiegu od schematycznych prawideł, wskazanych przezemnie w pracach, wyżej wymienionych.

(Dokończenie nastąpi).

O nerwicach serca i stanach pokrewnych

podał

Dr Maksymilian Blassberg.

(Ciąg dalszy).

Ażeby wybrnąć z tych trudności, stara się nowoczesny klinicysta unikać używania bez potrzeby wyrazów »nerwowy« i »nerwica« i usiłuje, oparłszy się na anatomii i fizyologii, wyosabniać i odgraniczać ściśle obrazy i stany chorobowe, uwzględniając o ile możności etyologię tych stanów. Tak też Mackenzie w swoim podręczniku chorób sercowych stale i świadomie unika wyrażenia nerwica i omawia te stany, jako schorzenia serca przy nadwrażliwym układzie nerwowym. Jak powyżej wspomniałem, jest właśnie nowoczesnem dążeniem racyonalnem grupowanie stanów chorobowych według ich etyologii. Tak powstały w bakteryologii pneumococcaemia, streptococcaemia, cukrzyca rozpadła się na wątrobową, trzustkową, nerwową, z zaburzenia hormonów i t. p. Znamy wiele takich przemian pojęć klinicznych i nowych ugrupowań klinicznych. Tak n. p. pojęcie dyskrazyi zołzowej zmieniło się w gruźlicę narządu chłonnego. Pojęcie niedokrwistości złośliwej stało się z szerszego coraz bardziej szczegółowem w miarę, jak wskutek nowszych badań wyłączono zeń poszczególne rodzaje niedokrwistości, jak niedokrwistość rakową, niedokrwistość na tle tęgoryjca (anchylostomiasis) i motylicy (distoma).

Tak samo powinniśmy wyłączyć z pojęcia nerwic sercowych wszystkie te stany chorobowe, które z ogólnem pojęciem neurologicznem nerwicy nic nie mają wspólnego. Za nerwicę serca należy uważać w obecnej dobie, mojem zdaniem, tylko takie dolegliwości i zaburzenia czynności serca i narządów krążenia, które są wywołane przez przyczyny, leżące poza narządem krążenia, a mianowicie: przez ogólny stan neurasteniczny lub histeryczny. Stanowią one wyraz ogólnej nerwicy całego ustroju i są jej częścią składową. Są to zatem przeważnie przejawy somatyczne, wywołane przez sprawy psychiczne, przyczem tło psychiczne niekiedy odrazu wpada w oczy, a niekiedy musi być dokładniej wykryte na drodze szczegółowego badania. Niekiedy wręcz zmiany, pozornie miejscowe w narządach, są zrozumiałe dopiero na tle rozpatrzenia psychologii chorego. Tak n. p. może wystąpić bicie serca, uczucie lęku i opresyi pod wpływem jakiegoś podrażnienia psychicznego. Przy następnych podrażnieniach i wzruszeniach wskutek assocyacyi tych stanów powtarzają się zaburzenia sercowe. Atoli może nastąpić wyemancypowanie się zaburzeń sercowych od czynników psychicznych, które je wywołały, a pozornie samodzielne objawy sercowe mogą mieć nienarzucającą się utajoną przyczynę psychiczną. Przy powtarzaniu się bodźców może wystąpić skłonność do częstotliwego występowania odosobnionych objawów sercowych. Wskutek takiego wysuwania się na czoło zaburzeń w narządzie krążenia, cały schorzały układ nerwowy pozostaje na drugim planie i chorzy tacy leczą się często na dolegliwości sercowe, choć siedzibą schorzenia jest układ nerwowy.

Do nerwic sercowych zaliczyć tedy należy, mojem zdaniem, właściwie tylko nerwice serca neurasteniczne i histeryczne oraz zaburzenia krążenia w tak zwanej nerwicy urazowej Oppenheima. Jest rzeczą znaną, że w nerwicach ogólnych występują często dolegliwości sercowe. Tak n. p. Determann na 241 neurasteników stwierdził u 54 chorych, t. j. u 23%, objawy sercowo-naczyniowe, Lehr na 150 chorych stwierdził te objawy u 103 chorych, t. j. u 68%, a Hoffmann na 184 neurasteników u 88, t. j. u 48%. Przy histeryi objawy ze strony narządu krążenia zazwyczaj mniej się uwydatniają i rzadziej występują na pierwszy plan, aniżeli przy neurastenii. Zespołem objawowym histeroneurastenicznym z podkładem seksualnym jest t. zw. frenokardya, którą Herz próbował wyosobnić jako jednostkę chorobową, a która zdarza się często u osobników z wybitnemi stygmatami histerycznemi. Jest to bicie serca, ból sercowy, usadowiony poniżej lewego sutka lub w lewej połowie klatki piersiowej oraz nieprawidłowe oddychanie z głębokim wdechem i utrudnionym wydechem, coś w rodzaju westchnienia, stan, który według Herza powstaje u histero neurasteników na tle niedosytu lub nieprawidłowego zaspakajania popędu płciowego.

Przy stwierdzaniu nerwicy serca znajdować będziemy często rozmaite ogólne cechy konstytucyonalne neuropatyczne, przyrody zarówno anatomicznej, jak psychicznej i czynnościowej. I tak: Pod względem anatomicznym znajdować będziemy ogólne cechy zwyrodnienia nerwowego, jak: przedwczesne wypadanie włosów w trzeciej dziesiątce życia z charakterystyczną łysiną na szczycie głowy, przedwczesne siwienie włosów, owłosienie twarzy u młodszych kobiet, zrastanie się i zlewanie obu łuków brwiowych, kontrast między wielkością twarzy a małym wzrostem ciała, asymetryczną budowę czaszki (wysoką wieżowatą, kulistą, hydrocefaliczną, cofnięte w tył czoło, wystawanie szczęki górnej), przyrośnięcie małżowiny usznej, odstające duże uszy, niedostatecznie rozwinięte wygięcia ślimaka małżowiny usznej, darwinowskie uszy spiczaste, mongolską skośną szparę powiekową, różnobarwne tęczówki, mimośrodkowe źrenice, wargę zajęczą, wilczą paszczę, nieprawidłowe ustawienie przednich zębów, znamiona, nadliczbowe palce, błoniasto złączone palce, infantylizm, wierzchniactwo i spodziectwo, kryptorchizm i nadliczbowe brodawki sutkowe.

Dalej doszukamy się u tych osobników charakterystycznych cech czynnościowych ogólnej neuropatyi, i tak pod względem psychicznym będą to natury żywe i niecierpliwe, charaktery to niezgodliwe i kłótliwe lub nawet okrutne, to znów tkliwe i wylane, zupełnie nierównomierne w postępowaniu, krańcowe i nieobliczalne, to brutalnie egoistyczne, to przesadnie poświęcające się, skłonne do szybkich uogólnień w sądach i egzaltacyi, popędliwe, przeczulone i nadwrażliwe, albo też, a to najczęściej kolejno, zmęczone i przygnębione ze skłonnością do lęku, do apa-

tyi i pesymizmu. Zauważymy też u takich chorych zmiany i objawy, powstałe pod wpływem skłonności do autosuggestyi, jak tego dowodzi przypadek Neussera histerycznej tachykardyi, utrzymującej się przez dłuższy czas u histeryczki, która sobie uroiła, że cierpi na chorobę Basedowa i utrwaliła się w tem przekonaniu przez lekturę książek lekarskich, a u której wcale nie było objawów choroby Basedowa.

Pod względem fizycznym cechą charakterystyczną będzie wygórowana wrażliwość i pobudliwość i łatwe męczenie się, t. j. stan, który neurologowie niemieccy nazywają »reizbare Schwäche«. W związku z tem wysuwają się na pierwszy plan liczne podmiotowe odczucia i dolegliwości, głównie dotyczące okolicy serca, oraz różne bóle, przeczulice, znieczulenia i zboczenia czucia w całem ciele, a do tego przyłącza się wpływ wygórowanej samoobserwacyi neurastenicznej. W tych warunkach bodźce, wychodzące z serca i narządu krążenia i choćby minimalne chwilowe odchylenia czynnościowe od stanu prawidłowego, które są bez znaczenia i prawidłowo pozostawać zwykły jeszcze pod progiem świadomości, już mogą u histero-neurasteników z powodu wygórowanej pobudliwości przewodnictwa czuciowego stać się źródłem przykrych wrażeń i dolegliwości, które przy silnym udziale psychiki i skupionej uwadze samoobserwacyjnej mogą się spotęgować w bóle i w napady lęku i trwogi i wywołać obrazy, podobne do schorzeń organicznych. Dalej stwierdzać będziemy nietrwałość objawów i szybkie przemijanie bez śladu, zmienność objawów, wciąganie całego ustroju w krąg zaburzeń i kombinacye z nerwicami innych narządów wewnętrznych, nieprawidłowości w sferze odruchowej, a zwłaszcza wygórowaną pobudliwość naczyń skórnych, czucie gorąca, łatwość rumienienia się i blednięcia, skłonność do sinienia i zimnych kończyn oraz do występowania pokrzywek, nieprawidłowości w sferze wydzielniczej, okresową fosfaturyę i polyuryę z moczem spastycznym. W końcu, jak wiemy, zwykły nerwice najczęściej napastować wiek młody, oraz częściej nawiedzają inteligencyę i klasy wyższe, aniżeli ludność roboczą i lud wiejski.

W dobie obecnej musimy wyłączyć z obrazu nerwic choroby, które dziś już zostały niewątpliwie poznane jako organiczne, oraz stany, których siedzibę i etyologię poznano dokładniej, a następnie zaburzenia czynnościowe, których źródło tkwi w nieprawidłowościach budowy somatycznej, dostatecznie tłómaczących powstawanie zaburzeń w krążeniu. Wyłączyć musimy zatem w pierwszym rzędzie takie zaburzenia czynnościowe, jak n. p. czystą tachykardyę i bradykardyę, które tak często błąkają się jako samoistne w grupie nerwic serca, a które są właściwie tylko objawami, mogącymi powstawać i utrzymywać się dłużej pod wpływem najróżnorodniejszych przyczyn, jak n. p. przez wpływ klimatu, pracę fizyczną, zmęczenie serca, schorzenia mięśnia sercowego i jego błon, dalej przez zaburzenia żołądkowojelitowe, przez choroby płucne, gorączki, pożywki, leki i trucizny, przez zaburzenia wydzielania wewnętrznego, na drodze odruchowej lub jako objawy schorzenia ogniskowego w układzie nerwowym ośrodkowym.

Dziś wiemy dokładnie, że źródłem dusznicy bolesnej są zmiany organiczne w sercu. Zarówno zmiany w aorcie, jak w tętnicach wieńcowych i w mięśniu sercowym są źródłem złego odżywienia i następowych zmian w ścianach serca, względnie wyczerpania mięśnia sercowego i stanowią bezpośredni punkt wyjścia dla czuciowych objawów znamionujących dusznicę bolesną. Również i pojęcie t. zw. rzekomej dusznicy bolesnej z rzekomo typowymi objawami stenokardyi zostały w nowszych czasach, głównie dzięki badaniom Mackenziego i Hoffmanna zarzucone.

Z grupy nerwic wyłączyć również należy dychawicę sercową, która właściwie stanowi napadowe spotęgowanie się ciągłej mniej lub więcej zaznaczonej duszności, towarzyszącej organicznym schorzeniom serca.

Przy chorobie Stokes-Adamsa zachodzą anatomiczne zmiany mięśnia sercowego, a mianowicie wiązek Hisa lub zaburzenia w krążeniu naczyń wieńcowych na tle n. p. stwardnienia tętnic. Zmiany te wiodą do zupełnej przerwy przewodzenia kurczów mięśniowych w sercu. Jest to tedy w myśl pojęć współczesnych choroba organiczna serca.

Co do t. zw. napadowego bicia serca (tachycardia paroxysmalis), to stanowi ona według pojęć współczesnych właściwie nie jednostkę chorobową, lecz objaw napadowy, podobny do napadu padaczkowego, który zdarzyć się może zarówno przy zdrowem sercu, jak i przy funkcyonalnych lub przy organicznych schorzeniach serca i mózgu i może mieć, jak się zdaje, rozmaite przyczyny. Jedni dopatrują się przyczyny w zmianach zapalnych pochewek nerwu błędnego i współczulnego, inni (Martius), widzą przyczynę w osłabieniu napięcia mięśnia sercowego i w rozszerzeniu serca, inni sądzą, że źródłem tego objawu są podniety ruchowe, wychodzące z ośrodka dla ruchów serca w rdzeniu przedłużonym. Jak z nowszych badań wynika, geneza i mechanizm napadów tego bicia serca mogą mieć fizyologicznie rozmaity punkt zaczepienia. Albowiem pod wpływem przyczyny czysto miejscowej, czy też ośrodkowej może napad powstać przez pomnożenie prawidłowych bodźców sercowych, przez wzmożone bodźce w węźle przedsionkowokomorowym albo też przez wtrącone lub trwałe skurcze dodatkowe komorowe. To samo dotyczy t. zw. napadowego zwolnienia ruchów serca (bradycardia paroxysmalis).

Również należy wyłączyć z dziedziny nerwic cały szereg nieprawidłowości konstytucyonalnych serca, które cechuje to, że wprawdzie może mięsień sercowy przytem nie jest sam jako taki schorzały, ale przedmiotowy stan rzeczy dostatecznie tłómaczy sam przez się powstawanie i istnienie dolegliwości i zaburzeń ze strony serca i narządu krążenia.

Tu należy, mojem zdaniem, w pierwszym rzędzie niedokształt serca i wązkość naczyń, które często dają powód do błędnego rozpoznawania nerwicy sercowej. Z tym stanem anatomicznym łączy się prawie zawsze osłabiona czynność serca, małe i miękkie tętno o zmiennej szybkości, łatwo pobudliwe i wrażliwe na wpływy fizyczne i psychiczne. Upośledzonemu krążeniu w tych przypadkach towarzyszy skłonność do dreszczyków, do ziębnięcia i potnienia kończyn i skłonność do omdleń. Niekiedy występują także przemijające szmery sercowe lub dodatkowe skurcze serca. Uważanie takich zaburzeń w krążeniu, związanych z niedokształtem, za nerwicę, jest, mojem zdaniem zasadniczym błędem. Tak samo bowiem, jak u osobnika hypoplastycznego o ogólnej słabej budowie ciała, nie będziemy uważać za nerwicę osłabienia nóg i łatwego męczenia się, lecz połączymy to w ścisły związek przyczynowy z niedokształtem somatycznym, tak samo słabej czynności narządu krążenia nie możemy u osobnika hypoplastycznego uważać za nerwicę.

(Dokończenie nastąpi)

Oceny i sprawozdania.

Zdzisław Zawałkiewicz: **Chemia farmaceutyczna.** Podręcznik dla farmaceutów i lekarzy. Lwów 1915. Nakładem autora. Stron VIII + 424, z 58 rycinami i 10 tablicami w tekscie. Cena (w oprawie) 18 koron.

Czasu wojny ukazało się w zakresie nauk przyrodniczych kilka książek o charakterze podręczników, które stanowią cenny przyrost naszych ubogich zasobów w tej dziedzinie. Wśród tych książek i chemia ma do zanotowania zdobycze. Jednym z najbardziej uwagi godnych, bo najmniej oczekiwanych nabytków jest »Chemia farmaceutyczna« Zdzisława Zawałkiewicza (wydana nakładem autora z pomocą subwencyi obydwóch galicyjskich gremiów aptekarzy).

Na 400 przeszło stronach mamy treściwy wykład wiedzy chemicznej w całej wielostronności, niezbędnej dla przygotowania do zawodu aptekarza. Po wstępie o własnościach fizycznych związków chemicznych, prowadzi autor czytelnika przez wszystkie dziedziny chemii. W rozdziale o chemii nieorganicznej wśród opisu pierwiastków i ich związków znajdujemy jasno przedstawione podstawowe prawa i teorye chemii.

Najwięcej miejsca w książce zajmuje chemia organiczna, boć leki są w bardzo znacznej części związkami węgla. Po wstępie o metodach badania związków organicznych opisuje autor po kolei połączenia tłuszczowe izocyklowe i heterocyklowe. Uderza tu przedewszystkiem bardzo przejrzysty układ. Z wielu różnorodnych systemów klasyfikacyi związków organicznych autor wybrał najprostszy. W rozdziale o związkach tłuszczowych opisuje więc z kolei węglowodany, alkohole, aldehydy, ketony, kwasy. Związki izocyklowe dzieli najpierw na aromatyczne i alicyklowe; w grupie związków aromatycznych zaś opisuje najpierw pochodne benzolu jednordzeniowe, a później z kolei wielordzeniowe (dwufenyl, dwufenylometan, trójfenylometan, naftalina, antracen, fenantren). Połączenia heterocyklowe dzieli na pięcio- i sześcioczłonowe; wśród 5-członowych przedstawia grupy: furanu, tiofenu, pyrrolu, azolu, pyrazolu, glyoksaliny, indolu, wśród 6-członowych — pirydyny, chinoliny.

Bardziej szczegółowy opis poświęca autor grupom związków, które dostarczają ważniejszych leków. Znajdujemy więc tu obszerniejsze, niż w podręcznikach chemii odpowiednich rozmiarów, rozdziały o glykozydach, o terpenach, o alkaloidach. Mimo trudności, które nastręcza zawiła budowa związków, zwłaszcza obu ostatnich grup, a także dosyć znaczne różnice w tej mierze między poszczególnymi związkami każdej grupy, rozdziały te nietylko stoją na wysokości zadania treściwem i jasnem przedstawieniem chemizmu odnośnych związków i stosunków wzajemnych pomiędzy związkami jednej grupy, lecz nawet celują w tym względzie.

Równie udatne i wyróżniające się obfitą i doborową treścią są — nawiązane do rozdziału o terpenach — rozdziały o surowcach aptecznych takich, jak olejki lotne, balsamy, żywice i gumożywice, kauczuk i gutapercha.

Wyróżnienie znalazły w podręczniku także i poszczególne związki, będące lekami, a to tak organiczne, jak i mineralne. Poświęcono obszerniejszy opis nietylko każdemu takiemu związkowi, lecz także przetworom leczniczym, które użytek swój odnośnym związkom zawdzięczają. W każdym takim opisie, prócz własności ciała i sposobu otrzymywania, podano także wymogi farmakopei co do czystości względnie składu chemicznego oraz przepisy jej co do sposobu jakościowej jakoteż ilościowej kontroli składu chemicznego leku. Gdzie wymaga tego potrzeba, podaje autor dla tej kontroli także metody z zakresu biologii, jakoto n. p. metodę Fockego do oceny wartości leczniczej przetworów z liści naparstnicy lub doświadczenie (z żabą) w celu rozpoznania nikotyny, a nawet — z zakresu bakteryologii, jako to doświadczenia dla oceny wartości środków odkażających.

Wśród leków nie zapomniano i o przetworach z narządów zwierzęcych (organoterapia), ani o surowicach leczniczych, których opis poprzedza krótki, lecz jasny wykład o podstawach działania leczniczego tej kategoryi leków; o antytoksynach, cytolizynach, aglutyninach i precypitynach.

Rozdział ten wiąże się w sposób naturalny do rozdziału o ciałach białkowych, o których autor podaje również wiadomości więcej, niż to zazwyczaj się czyni w podręcznikach chemii ogólnej, uważając słusznie za potrzebne zaznajomić uczniów farmacyi bodaj z najważniejszemi własnościami tych ciał chemicznych, których przemiany są właściwie punktem wyjścia wszelkich usiłowań zadziałania leczniczego. Wiadomości z zakresu chemii biologicznej znajdujemy wreszcie sporo rozsianych w podręczniku. W opisie szczegółowym związków chemicznych autor nie zapomina mianowicie wyróżnić także związki ważniejsze z uwagi na przemiany chemiczne, dokonujące się w ustroju; przy niektórych związkach takich, gdzie wskazywała to ważniejsza praktyczna potrzeba, znajdujemy metody ich rozpoznania, a niekiedy i oznaczania ilościowego, jako to w rozdziale o białku, w ustępach o barwiku krwi, kwasie moczowym i niektórych innych.

Wreszcie, aby uczniowi farmacyi nie zabrakło przewodnictwa w całym przebiegu studyów nad chemią, wprowadza autor do podręcznika rozdziały o rozbiorach chemicznych jakościowych i ilościowych. O ile rozdział o analizie związków organicznych stanowi bardzo udatny wstęp do części podręcznika, traktującej o związkach organicznych, to »wstęp do analizy chemicznej«, który zamyka pierwszą część podręcznika, a w szczególności ustęp o analizie miareczkowej pozostawia nieco do życzenia in puncto jasności przedstawienia zasad, na których opiera się miareczkowanie; także obliczenia są tam zawiłe i wskutek tego niekiedy (vide str. 149) błędne.

Ustęp ten jednak nie obniża wartości podręcznika, bo mógłby być bez szkody dla tegoż całkowicie zeń wyłączony, jako nie należący ściśle do zakresu chemii farmaceutycznej. Nie zmniejsza też wartości książki trochę błędów, najwidoczniej drukarskich, i tu i ówdzie jakiś »lapsus calami«, zwłaszcza gdy uwzględnimy okoliczności, w jakich książka powstała[1]) i świadomość autora o tych drobnych zresztą brakach, która daje nam rękojmię, że w następnem wydaniu nie pojawią się.

A wartość książki tej jest znaczna. Niesie ona w pięknym polskim języku fachową wiedzę w te sfery, których przeważająca część z polską książką, zwłaszcza treści naukowej, rzadko się spotyka.

Nietylko jednak dla farmaceutów i aptekarzy książka ta jest miłem zjawiskiem; powita ją chętnie i lekarz, gdy zechce czy to z treściwego źródła odświeżyć utracone zbyt często, i to zazwyczaj bardzo pospiesznie zasoby wiedzy chemicznej, zwłaszcza te, których brak w codziennej praktyce odczuwa — wiadomości chemiczne o lekach, lub gdy zapragnie takich wyjaśnień o którymś z nowszych, mniej znanych leków; bo nie brak w tej książce informacyi o żadnym ze spółcześnie używanych, uwagi godnych związków leczniczych.

Książka ta wreszcie zyskuje jeszcze w oczach naszych na wartości, gdy dowiadujemy się z przedmowy, że autor jest aptekarzem w jednem z małych miasteczek w kraju.

Chemik o poważnem wykształceniu w tym przedmiocie, który od stołu sklepowego apteki, gdzie prócz znoju pochłaniającej drobiazgowej pracy oblewa go codziennie fala mocno pospolitego przeważnie życia naszej prowincyi, powraca do biurka uczonego, aby z niezmąconym spokojem dążyć przez kilka lat do osiągnięcia zamierzonego celu dydaktycznego, — podniesienia wiedzy podstawowego przedmiotu u adeptów swego zawodu —, to objaw, który budzi szczerą radość i rojenia na temat o roli, jaką mógłby odegrać stan aptekarski po podniesieniu jego wykształcenia zawodowego w rozwoju tak lecznictwa, jako też w szczególności tak doniosłej dla postępu całej kultury nauki chemii w naszym kraju.

St. Bądzyński.

We Lwowie, d. 24. sierpnia 1917.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie za rok 1916.

Na początku 1917 roku Towarzystwo liczyło członków czynnych (i obecnych w Łodzi) 54.

W r. 1916 zmarło 2 członków Towarzystwa lekarskiego, mianowicie kol. Kaufman i Lipiński.

Na początku roku 1916 przyjęto na członków kolegów: Dąbrowskiego, Dengla, Holenderską, Marynowskiego, Mikulskiego, Knichowieckiego, Selmanównę, Smoleńskiego.

Towarzystwo odbyło posiedzeń 18. Odczytów wygłoszono 18, a mianowicie: 1) Kol. Stef. Sterling: O walce z chorobami zakaźnemi. — 2) Kol. W. Pinkus: Rzut oka — ze stanowiska lekarskiego — na wydarzenia doby współczesnej. — 3) Kol. Euf. Herman: Anatomopatologiczne i kliniczne obrazy nowotworów móżdżku oraz ciałek czworaczych z demonstracyą przypadków z Kochanówki. — 4) Kol. S. Skalski: O śmiertelności w Łodzi w ciągu ostatnich 4 lat na zasadzie statystycznych danych Wydziału zdrowia publicznego. — 5) Kol. M. Pawłowska: Spostrzeżenia i uwagi nad prostytutkami, leczonemi w szpitalu w Chojnach. — 6) Kol. Stef. Sterling: a) O działalności Miejskiej pracowni bakteryologicznej. b) O nowym szczepie z grupy Ty-Coli, wytwarzającym barwik zielony (paratyphus lodzensis viridis). c) O ciałkach swoistych w erytrocytach. — 7) Kol. Dąbrowski:

[1]) W zawierusze wojennej przepadła autorowi — jak czytamy w przedmowie — część jedynego egzemplarza rękopisu, wskutek czego musiał autor ponownie ją opracować i napisać, ale tym razem — bez pomocy biblioteki. (Przyp. Redakcyi).

Wyniki badań nad anatomią patologiczną duru osutkowego. — 8) Kol. Stef. Sterling: O puchlinie głodowej. — 9) Kol. Sew. Sterling: Ognisko gruźlicze w świetle nowych badań patologii.— 10) Kol. Dąbrowski: O zmianach patologicznych przy zatruciu grzybami; na podstawie przypadków sekcyjnych. — 11) Kol. A. Tomaszewski: O wskazaniach do operacyi przy kamicy żółciowej. — 12) Kol. Rosiewicz: O klinice paratyfusu. — 13) Kol. Mikulski i Herman: O tętnieniu mózgu. — 14) Kol. Heryng (z Warszawy): a) O nowej metodzie wyjaławiania mleka z zachowaniem jego zaczynów i ciał ochronnych. b) O laryngostomii, a sztucznej nagłośni. c) O prześwietlaniu elektrycznem w celach dyagnostycznych. — 15) Kol. Siwiński: O zaburzeniach psychicznych w toku miesiączkowania. — 16) Kol. Sew. Sterling: O odmie piersiowej sztucznej. — 17) Kol. Stef. Sterling, Margolis i Skalski: O leczeniu krwawej biegunki szczepionką swoistą.

Kol. S. Skalski zdawał stałe sprawozdania z przebiegu chorób zakaźnych.

Oprócz tego obszerniejsze przemówienie wygłosili:

1) Kol. Sew. Sterling: O zmianach, jakie sprowadza dla stanu lekarskiego powstanie samodzielnego Państwa Polskiego.— 2) Kol. E. Sonenberg: O odrębnem leczeniu wiewióra cewki u kobiet — 3) Kol. Rundo: Sprawozdanie z działalności szpitalnej. — 4) Kol. Rosiewicz: Sprawozdanie z działalności szpitalnej.

Pokazy chorych: 1) Kol. Dutkiewicz i Trenkner: Lues papulosa secundaria, owrzodzenie pierwotne na wardze dolnej. Iritis luetica. Chora, 14-letnia, była leczona z powodzeniem salwarsanem. — 2) Kol. M. Cohn: Promienica górnej szczęki. — 3) Kol. Marynowski: Przypadki przymiotu. — 4) Kol. Sonenberg: Łuszczyca po zaszczepieniu ospy. — 5) Kol. Dutkiewicz: Przypadek folliculitis. — 6) Kol. Sonenberg: a) Czworo dzieci z przymiotem nabytym. b) Przypadek scleroderma circumscriptum. c) Carcinoma nasi. — 7) Kol. Dąbrowski: a) Dystrophia musculorum. b) Tic post trauma. — 8) Kol. Tenenbaum: Pigmentacya skóry, jak w chorobie Adisona.

Preparaty: 1) Kol. Garlicka: Preparat macicy. — 2) Kol Tomaszewski: Cztery pęcherzyki żółciowe z kamieniami. — 3) Kol. Kaufman: 7-miesięczny płód zewnątrzmaciczny. — 4) Kol. Reichler: Ciąża lewostronna jajowodowa u chorej, która przed paru laty miała prawostronną ciążę jajnikową.

Zarząd Towarzystwa stanowili: Prezes kol. A. Krusche, wiceprezes kol. Sterling Sew., sekretarz kol. A. Tomaszewski, bibliotekarz kol. Z. Prechner, skarbnik kol. W. Gundlach.

Skład Sądu stanowili kol.: Ks. Jasiński, S. Sterling, S. Skalski, Z. Garlicka, E. Sonenberg, A. Tomaszewski.

Komitet biblioteczny: kol. Maks. Cohn, kol. H. Trenkner.

Komisya rewizyjna: kol. W. Littauer, J. Koliński; wybrano kol. K. Brzozowskiego pod koniec roku z powodu choroby kol. Littauera.

Działalność Towarzystwa naogół była większa w porównaniu z rokiem 1914 i 1915; przyczynił się do tego głównie rozwój szpitalnictwa w Łodzi w związku z powstaniem przy samorządzie Wydziału zdrowotności publicznej. Frekwencya członków była daleko większą, szczególniej ze strony lekarzy, nie należących do Towarzystwa.

Ze spraw ogólniejszych należy zaznaczyć, że Towarzystwo lekarskie, wpłacając jednorazowo rb. 100, zostało członkiem Biblioteki publicznej naukowej.

Omawiano na dwu posiedzeniach sprawę nałożenia na lekarzy podatku repartycyjnego, w sposób wysoce nierównomierny i niesprawiedliwie podzielony między lekarzy.

Na czem polega umiejętny nadzór nad żywnością i jak ten nadzór należałoby zorganizować w Polsce.

Referat wygłoszony w sekcyi sanitarno-lekarskiej II-go Zjazdu higienistów polskich w Warszawie w dniu 30 czerwca 1917

przez

Dra Leonarda Biera.

Dyrektora c. k. Zakładu powszechnego do badania żywności w Krakowie.

(Dokończenie).

Ostatnim, a zarazem najwyższem ogniwem w umiejętnym i celowym nadzorze nad żywnością w państwie kulturnem jest organizacya władzy centralnej kierującej, czy kontrolującej wykonanie nadzoru w całem państwie. W Niemczech rolę tę spełnia po części »Cesarski urząd zdrowia« (Kaiserliches Gesundheitsamt), w części komitet dla spraw nadzoru nad żywnością, jako fachowy dla tych spraw wydział »Państwowej Rady Zdrowia« (Reichsgesundheitsrat) — w Austryi t. zw. »Rada przyboczna Ministerstwa spraw wewnętrznych dla spraw nadzoru nad żywnością«, równorzędna w swoim zakresie z »Najwyższą Radą Zdrowia«, złożona z wybitnych zawodowców naukowych w przedmiotach wchodzących w zakres nadzoru nad żywnością, dyrektorów państwowych zakładów badania żywności, referentów — administracyjnego tego departamentu oraz departamentu sanitarnego Ministerstwa spraw wewnętrznych. Rada ta zbiera się na obrady programowe w pewnych odstępach czasu, a sprawy pilniejsze i bieżące załatwia przez Komitet wyłoniony z pełnej Rady. W Szwajcaryi i Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, równie jak we Francyi istnieją osobne na ten cel urzędy centralne, w Szwajcaryi jako osobny oddział Związkowego Urzędu zdrowia. Zadania tego oddziału polegają na: 1) załatwianiu potrzebnych dla przeprowadzenia ustawy wstępnych prac technicznych i doświadczalnych; 2) na wygotowaniu opinii i sprawozdań dla władz związkowych oraz na załatwianiu prac i zadań przydzielonych mu przez władze związkowe zadań z zakresu nadzoru nad żywnością i higieny; 3) gromadzenie i sprawdzanie wyników doświadczeń naukowych w dziedzinie badania żywności i uzupełnianie tychże przez własne badania. W Anglii do zadań władzy centralnej kierującej nadzorem nad żywnością w myśl uchwał z r. 1895 parlamentarnej komisyi Izby gmin, powołanej do wygotowania odnośnych wniosków, ma należeć stworzenie obficie uposażonego centralnego oddziału badawczego (Central Analytical Departement) mającego prawo bezpośredniego nadzoru i zarządzeń wobec wszelkich innych organizacyi nadzoru nad żywnością w państwie i będącego najwyższą odwoławczą instancyą przy spornych wynikach i opiniach innych zakładów badawczych.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, posiadających, jak już zaznaczyłem poprzednio najnowsze ustawodawstwo i organizacyę nadzoru nad żywnością najnowszą i najdalej rozwiniętą, organizacya centralnej władzy czuwającej nad żywnością najbardziej jest rozbudowaną. Istnieje tam bowiem przy ministerstwie w Waszyngtonie osobny oddział »Urząd dla nadzoru nad żywnością i surowcami leczniczymi« zw. »The Board of Food and Drug Inspection«. Zadaniem tego urzędu jest opracowywanie wszelkich pytań wynikających z przeprowadzenia ustawy o nadzorze nad żywnością, przypadających w myśl kompetencyi ustawowej do zadań ministerstwa. Jest on najwyższą instancyą dla tłomaczenia odnośnej ustawy i kieruje akcyą wdrażania postępowania karnego, wynikającą z wykroczeń przeciw niej spełnianych. Do celów technicznych służy temuż urzędowi »Bureau of Chemistry«, centralny urząd chemiczno-techniczny z siedzibą również w Waszyngtonie, któremu podlega cały szereg specyalnych laboratoryów i do roku 1908 — 40 większych urzędów badawczych rozsianych po całem państwie związkowem, 35 inspektorów objeżdżających kraj dla wykonywania nadzoru, kierowanych i zdających sprawę ze swych czynności starszemu inspektorowi żywności, podległemu bezpośrednio przełożonemu centralnego zakładu badawczego. Jak z tego przedstawienia widać, władza centralna dla spraw nadzoru nad żywnością w Ameryce północnej nie ogranicza się do czuwania nad przeprowadzeniem nadzoru w państwie związkowem, lecz sama bierze w nim nader czynny udział. Do zadań i tej władzy jak w innych państwach należy wygotowanie szczegółowych przepisów

do metodyki badania i zasad oceny poszczególnych produktów spożywczych, to co pierwotnie spełniał w Niemczech »Związek chemików spożywczych«, kodyfikując zasady te w »Vereinbarungen der deutschen Nahrungsmittelchemiker«, zaś Związek szwajcarskich chemików spożywczych w »Schweizerisches Lebensmittelbuch«, a co powołana do tego przez ministerstwa austryackie specyalna komisya ujęła w obowiązujący austryackie zakłady badawcze »Codex alimentarius austriacus«. — Ujęcie tych zasad oceny przez władzę centralną, kierującą nadzorem nad żywnością przy współudziale sfer interesowanych musiałoby być po wprowadzeniu odnośnej ustawy w Polsce jednem z pierwszych zadań tejże władzy. Jako jedno z dalszych a pilnych uważałbym na podstawie obfitego doświadczenia mego — potrzebę ścisłego kontaktu władzy nadzorczej ze sądami celem zapewnienia odrazu znaczenia tejże ustawie ze strony tego ważnego, a tak pobieżnie na tem polu działającego czynnika.

Jestem u końca moich wywodów. Choćbym do ich poparcia miał niejedno jeszcze do dodania, ograniczę się jednak do przytoczenia napotkanych przy sposobności przeszukiwania odnośnych materyałów piśmienniczych w ostatnich dniach przed wyjazdem na Zjazd dzisiejszy — »preliminaryów dla nadzoru nad żywnością w Szwajcaryi«, przedłożonych naukowemu zjazdowi lekarzy szwajcarskich w r. 1878 przez jednego z najbardziej około higieny publicznej zasłużonego Szwajcara, prawie twórcę Związkowego Urzędu zdrowia, Dr Sondereggera ze St. Gallen, który wówczas tak się wyraził:

»Nadzór nad żywnością jest częścią higieny publicznej najbardziej wpadającą w oko i najbardziej przystępną dla rozumu ogółu ludności i kto tę dziedzinę opieki społecznej uprawiać zamierza i w życie wprowadzić pragnie, musi rozpocząć od higieny publicznej żywienia.

»Pomijając jej wartość wychowawczą, jest sprawa nadzoru nad żywnością również kwestyą najpilniejszą, ponieważ fałszowanie środków żywności równocześnie wyrządza szkodę ekonomiczną i dla zdrowiu ogółu, nadto z powodu, że przy złem odżywianiu wszelkie inne czynniki szkodliwe, zatem powietrza i gruntu, mieszkania, jak i zawodu o wiele głębiej i dotkliwiej dają się we znaki.

»Brak nam chemików dla nadzoru nad żywnością i do tej służby i zadania musimy wykształcić i wychować ludzi dzielnych.

»Chemia środków żywności jest nauką nierówne trudniejszą, pochłania znacznie więcej czasu i jest kosztowniejszą, aniżeli to przypuszcza, a nawet wyobraża sobie ogół inteligentny i dla nauki najprzystępniejszy. Tylko pobieżne rozbiory mogą być powodem wyroków niesprawiedliwych i ze szkodą dla przemysłu i handlu przyczyniać się do obniżenia całego nadzoru na żywnością. Natomiast rozbiory dokładne, jednak ani zbyt jednostronne, ani zbyt szczegółowe, a przez to niezwykle kosztowne, wyjawiające sporne kwestye i stwierdzające je metodami wzajemnie się kontrolującemi, nie należą do zadań aptekarza zawodowego ani do chemika, jako uczonego, lecz stanowią odrębną dziedzinę chemii, wymagającą osobliwego wykształcenia, doświadczenia i wprawy.

»Czasy obecne sprzyjały zresztą rozwojowi chemii syntetycznej w nierównie większej mierze niśli analitycznej. Jeśli ostatnia oddawała usługi przedewszystkiem nauce zyskując wiele na uznaniu, mało zaś dając zysku, to chemia syntetyczna służąc przemysłowi, wynajdując barwiki i nowe ciała dawała bogactwo i podnietę do studyów. Mamy stosunkowo mało analityków, a między niemi mało analityków dla środków spożywczych.

»Wśród obecnych stosunków brak nam do podjęcia kampanii przeciw bezwstydnemu oszustwu i najbardziej szkodliwemu fałszerstwu środków żywności, najbardziej zdolnych do walki bojowników. Jeśli wogóle chcemy poważnie tę rzecz podjąć i zyskać dobre wyniki, nie możemy jej pozostawić poszczególnym zdolnym jednostkom, by włożyli się w zagadnienia chemii środków spożywczych, lecz winniśmy już w szkołach naszych podjąć środki, by wzbudzić w tej mierze odpowiednie zainteresowanie i przygotować sobie dostateczną ilość sił zdolnych do podjęcia tego zadania.

»Chemik, czynny w zawodzie publicznym, musi być jednak zarazem fizykiem, mikroskopistą i znać się na towaroznawstwie, niejednokrotnie zaś nadto powonieniem i smakiem wyszukać winien i stwierdzić to, co metodami chemicznemi tylko częściowo lub zupełnie nie można wykryć.

»Uniwersytety szwajcarskie i politechnika związkowa winny nietylko stworzyć u siebie katedry dla skutecznych wykładów higieny publicznej i prywatnej, ale również pracownie, laboratorya, w którychby młodzież ucząca się obeznać się mogła z trudną a tak niezbędną metodyką badania środków spożywczych oraz z innemi metodami badań higienicznych. Jeśli czegoś w tej dziedzinie zaniedba się podczas studyów, nie da się to już uzupełnić później w życiu praktycznem«.

Na zdania powyższe — obecnie w lat prawie 40 po ich wygłoszeniu pisać się można prawie bez zastrzeżeń — u nas, wobec niedostatków zorganizowanej kontroli nad żywnością, tem bardziej.

Niechajże słowa te, wypowiedziane z poza grobu, jednak w całej pełni żywe — posłużą jako tem silniejsze uzasadnienie naszych potrzeb i niechaj będą myślą przewodnią przy rozwiązaniu w Polsce tak ważnej, a przez wojnę tem pilniejszej — dziedziny opieki społecznej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W d. 2 września b. r. udali się prof. Dr Piltz, prodziekan Wydziału lekarskiego, Dr Schoengut, prezydent Izby lekarskiej, prof. Dr Ciechanowski, prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Dr Damski, prezes krajowego Związku lekarzy i doc. Dr Janiszewski, wiceprezes krakowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą, w deputacyi do obradującego w tym dniu w Krakowie Koła Sejmowego, przedstawiając ze stanowiska lekarskiego niebezpieczeństwo, jakiem zagraża ludności niedostatek żywności wskutek nieurodzaju. Deputacyę wprowadził poseł prof. Dr Mars ze Lwowa. Do rąk Prezesa Koła Sejmowego i do rąk Marszałka krajowego wręczyła deputacya następujące pismo: »Zdrowiu i życiu ludności galicyjskiej zagraża wielkie i nagłe niebezpieczeństwo wskutek klęski głodowej, stwarzającej podłoże dla chorób zakaźnych i wywołującej tak zwane choroby głodowe. Wobec tego zwróciło się Towarzystwo lekarskie krakowskie już w dniu 6 czerwca 1917 telegraficznie i pisemnie do Koła polskiego, ostrzegając ze stanowiska lekarskiego o niebezpieczeństwie i prosząc o jak najenergiczniejsze środki zaradcze. To wystąpienie kół lekarskich nie odniosło jednak należytego skutku i obawy lekarzy zaczynają się niestety spełniać. Wybuchła już w kraju epidemia czerwonki z wielką śmiertelnością, szerząca się gwałtownie na tle wygłodzenia, a w dalszym ciągu ludność będzie zdziesiątkowana przez choroby, jeśli stosunki aprowizacyjne się nie zmienią. Koła lekarskie zaklinają przeto Wysokie Koło Sejmowe, by dla ocalenia ludności niezwłocznie podjęło z całą energią wszelkie możliwe kroki o natychmiastowy i absolutny zakaz rekwizycyi i wywozu wszelkich środków spożywczych i węgla z kraju, oraz o natychmiastowy dowóz żywności i węgla do kraju, aż do usunięcia ich niedoboru«.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 37. Kraków, 15. września 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4 1/2 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 15. września 1917. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O nerwicach serca i stanach pokrewnych

podał

Dr Maksymilian Blassberg.

(Dokończenie).

Drugą taką nieprawidłowość konstytucyonalną stanowi nieprawidłowa ruchomość serca (cor mobile), objaw wyraźnie anatomiczny, który jednak tak często bywa łączony z nerwicami. Powstanie zjawiska tego można sobie wyobrazić w ten sposób, że narządy, które utrzymują zazwyczaj serce w ustalonem położeniu, są rozluźnione. Serce jest niejako zawieszone na dużych naczyniach, a zrośnięcie osierdzia z przeponą ma również pewne znaczenie dla położenia serca. Między uderzeniem koniuszkowem serca u człowieka stojącego lub leżącego na wznak, a siedzibą uderzenia koniuszkowego u człowieka leżącego na lewym boku odległość wynosić może średnio 1—2 cm, natomiast przy sercu nadmiernie ruchomem wynosi ona 8—9 cm. Nieprawidłowa ruchomość serca może powstawać przy znacznej podatności osierdzia (Silbergleit) lub wskutek cienkiej i nadmiernie elastycznej lub rozciągliwej aorty (Cherchewski, Traube), albo też wskutek szybkiej utraty tłuszczu po znacznem schudnięciu (Rumpf). Niektórzy uważają ten stan za następstwo upośledzonego odżywienia naczyń, inni za stan wrodzony, podobny do opadnięcia trzew. Przy zwapnieniach aorty jej nie stwierdzamy. Nadmierna ruchomość serca zdarza się u osób zresztą zupełnie zdrowych. Nie wchodząc bliżej w to, czy nadmierna ruchomość serca jest nieprawidłowością wrodzoną, czy też może być nabytą, można wszelako stanowczo twierdzić, że może ona być sama przez się źródłem anatomicznem zarówno dla zmienionej czynności narządu krążenia, jak również dla najrozmaitszych podmiotowych odczuć ze strony chorego. Ruchy serca, wstrząśnienia i naciągnięcia głównie dotyczą okolicy ujścia naczyń do serca, która ma wielkie znaczenie dla rytmu serca, gdyż tu powstają i działają bodźce, od których zależy rytm serca. Nieprawidłowa ruchomość serca wywołać może napady bicia serca, uczucie osłabienia i zawroty głowy przy ruchach, jak również niemożność leżenia na lewym boku, a rzadziej na prawym boku, oraz towarzyszące uczucie opresyi. Atoli tych stanów, których źródło anatomiczne aż nadto jest widoczne, nie można mojem zdaniem uważać za nerwicę. Nie można wprawdzie wyłączyć możliwości, że w poszczególnych przypadkach naczynia rozciągają się i ruchomość serca wytwarza się dopiero jako następstwo pierwotnych gwałtownych odczynów ze strony serca, ale o ile te gwałtowne odczyny wywołały powstanie ruchomości serca, wówczas znajdziemy i nerwicę i nieprawidłową ruchomość serca, jako równocześnie współistniejące u jednego osobnika.

Dalszą nieprawidłowością konstytucyonalną, dającą często powód do błędnego rozpoznania nerwicy serca, jest stan mechaniczny, zwany ścieśnieniem serca w przestrzeni (Raumbeengung des Herzens), na który zwłaszcza Maks Herz w ostatnich czasach większą zwrócił uwagę. Chodzi tu o mechaniczny niestosunek między klatką piersiową, a wielkością i ułożeniem serca, bądź ścieśnienie w jednym jakimś kierunku, bądź spłaszczenie, ugniecenie lub mechaniczne wklinowanie serca. Stany takie zdarzają się przy anatomicznych lub nawykowych skrzywieniach kręgosłupa, przy stale utrzymywanych złych pozycyach ciała, przy zniekształceniach klatki piersiowej, wgłębieniach i załamaniach żeber w okolicy serca i tym podobnych zmianach. Mogą one doprowadzić na drodze mechanicznej z jednej strony do zaburzeń w czynności serca i krążenia, a z drugiej do licznych dolegliwości, mylnie pojmowanych jako nerwice, jeżeli nie zwróci się uwagi na przyczynę tych dolegliwości.

Z powyższymi objawami pokrewne są zmiany i zaburzenia, związane z nizkim lub wysokim stanem przepony.

Nizki stan przepony i niestosunek między wysokością a szerokością klatki piersiowej powoduje obwisłość serca i stany znane pod nazwami: serce wiszące (cardioptosis, cor pendulum) oraz serce kroplowate (Tropfenherz). Koniuszek serca zwraca się ku dołowi i w prawą stronę, ruchomość serca się zwiększa, a czynność upośledza. Zamiast bowiem wygodnie opierać się na przeponie, serce wisi na dużych naczyniach, na tchawicy, na powięzi szyjnej i na górnej części klatki piersiowej. Na tych narządach musi się ono niejako windować ku górze, jak gimnastyk na trapezie. Z tem upośledzeniem czynności serca związane są oczywiście liczne dolegliwości sercowe.

Wysoki stan przepony wywołuje przesunięcie serca ku górze i może być również źródłem dolegliwości. Często powstaje mechanicznie pod wpływem wzdęcia żołądka i jelit. Serce szeroką powierzchnią spoczywa na przeponie z poziomą osią podłużną, łuk aorty bardziej się wykrzywia, uderzenie koniuszkowe serca podnosi się ku górze, a przy nieco większej ruchomości serca ku górze i ku lewej stronie. Stan ten pociąga za sobą takie zaburzenia w krążeniu i dolegliwości, jak duszność, bicie serca, zawroty głowy, szybkie męczenie się, zimne kończyny, a nadto ból, odczuwany najczęściej w okolicy podstawy serca, a wzmagający się przy leżeniu, któremu towarzyszy znaczna depresya.

Do błędnego rozpoznania nerwic sercowych mogą prowadzić, jak to zwłaszcza wynika z doświadczenia wojennego, dolegliwości i zaburzenia wskutek zrostów osierdziowych oraz zrostów osierdzia z opłucną, n. p. wskutek przestrzałów klatki piersiowej. Po ustąpieniu wysięków i wylewów krwawych mogą pozostać powrózkowate zrosty i stać się źródłem zaburzeń, zwłaszcza przy równoczesnem przeciągnięciu lub przesunięciu serca. Tak samo błędnie za nerwicę uważane są zaburzenia sercowe, wywołane mechanicznie przez wole większych rozmiarów lub wole podmostkowe, czyli t. zw. mechaniczne serce wolaste.

Za niewłaściwe uważam również zaliczanie do nerwic stanów toksycznych. Zatrucia mieszczą bowiem w sobie nietylko połączenie chemiczne trucizny z tkankami, lecz

polegają według naszych pojęć na pewnych zmianach budowy, a niekiedy na sprawach destrukcyjnych elementów nerwowych, a zatem mają podstawę anatomiczną. Częstokroć objawy zatrucia dotyczą całego ustroju lub znacznej jego części, a objawy w narządzie krążenia są tylko częściowym objawem całkowitego obrazu danego zatrucia organizmu. Trucizny działać mogą na mięsień sercowy, nerwy, ośrodki sercowe i ośrodki w układzie ośrodkowym, a wreszcie mogą także działać na drodze odruchowej. Jeżeli do przewodu pokarmowego dostanie się trucizna i wywoła odczyn nerwowo-odruchowy w postaci wymiotów, to wówczas zwykliśmy mówić o zatruciu, ale wymiotów, pomimo, że są one objawem odruchowym, idącym na drodze nerwowej, nie nazywamy nerwicą. Dlaczegóż mielibyśmy uważać za nerwicę zaburzenia czynności nerwów sercowych, powstające pod wpływem zatrucia, które przejawiają się w postaci bicia serca i przyspieszenia, zwolnienia lub nieregularności czynności serca, oraz bólów w okolicy serca lub zmian w naczyniach?

Uwagi powyższe dotyczą zarówno trucizn, z zewnątrz do ustroju doprowadzonych, jak: jadów bakteryjnych, ołowiu, alkoholu, tytoniu, kawy i herbaty, jak i jadów, powstających w samym ustroju, n. p. przy mocznicy, żółcicy, glikemii, acydozie, acetonemii i w tym podobnych stanach. Wszystkie te trucizny mogą wywierać wpływ na serce i krążenie rozmaitemi drogami i działać w rozmaity sposób. Zwłaszcza zasługuje na uwagę działanie substancyi purynowych przy skazie moczanowej, które prócz zaburzeń sercowych wywołują niekiedy objawy ogólnej nerwowości, podobne do neurastenii, tak, że to podobieństwo było nawet źródłem teoryi Vigouroux, Biernackiego i Bernheima, wyrażających przypuszczenie, że neurastenia jest tylko wyrazem zatrucia ustroju produktami wadliwej przemiany materyi. Tak samo substancye toksyczne, wessane z przewodu pokarmowego, mogą być źródłem zaburzeń czynności serca. Trucizny te mogą wywoływać przykre uczucia, przeczulice i bóle w okolicy sercowej, a nadto zmiany w tętnie. Doświadczenia Kleckiego, Gluzińskiego i Marischlera wykazały, że pewne połączenia lotne, powstające w jelitach, mogą być n. p. źródłem zwolnienia tętna, jako wyrazu samozatrucia jelitowego.

Do rzędu zaburzeń autotoksycznych zalicza się dziś także zaburzenia wewnętrznego wydzielania. Do tej kategoryi przeszły dziś również niektóre zaburzenia krążenia, które do niedawna wielu autorów zaliczało do nerwic sercowych. Tu w pierwszym rzędzie zaliczyć należy tachykardyę i wygórowaną pobudliwość układu naczyniowego przy chorobie Basedowa i basedowoidzie, które dawniej pojmowano jako nerwicę i łączono ze schorzeniem nerwu współczulnego, błędnego i rdzenia przedłużonego, aż do czasu, gdy Gautier pierwszy wskazał na związek tej choroby z zaburzeniami tarczycy, a Möbius i Kocher wskazali na nadmierną czynność tarczycy, jako na czynnik etyologiczny. Tak samo bradykardya przy obrzęku śluzowatym policzona została do objawów hypofunkcyi tarczycy.

Na zaburzeniach wewnętrznego wydzielania polegają też objawy podczas przekwitania (climacterium) u kobiet. Zdaniem Gluzińskiego zachodzi przytem pewna koincydencya zmienionych wydzielin wewnętrznych gruczołowych. Objawy znikania czynności narządu rodnego wywołują według niego z jednej strony upośledzenie czynności tarczycy, przejawiające się w zgrubieniu rysów twarzy, szorstkości i suchości skóry, zwłaszcza na rękach, w pewnem otępieniu psychicznem, osłabieniu pamięci i skłonności do tycia, a z drugiej strony przy przekwitaniu odpada czynnik hamujący dla nadnerczy, które ulegają hyperfunkcyi i tem tłómaczy się grupa takich objawów przekwitania, jak nawały krwi do głowy, silne zaburzenia naczynioruchowe, napadowe wzmaganie się parcia krwi, połączone z zawrotami głowy i t. p. objawy.

Również i objawy t. zw. wagotonii, jak to z badań nowszych wynika, zdają się polegać na zaburzeniach wydzielania wewnętrznego. Mogą one wywoływać zwolnienie tętna, nieregularność tętna przy oddechu, skurcze dodatkowe serca, podmiotowe dolegliwości w okolicy serca, wygórowane pocenie się, czerwone plamy na głowie i tułowiu i dermografię. Wagotonia, jako taka, da się rozpoznać ze stanu krwi (limfocytoza i eozynofilia przy obniżeniu liczby neutrofilów), z działania pogarszającego pilokarpiny, a uśmierzającego atropiny i adrenaliny, z objawu Aschnera (zwolnienie tętna przy uciskaniu gałki ocznej), z objawu Erbena (zwolnienie tętna przy silnem przechylaniu się chorego ku przodowi w pozycyi przysiadowej i przy spokojnem oddychaniu), z obniżonego parcia krwi i t. p. objawów. Jak z badań nowszych, a zwłaszcza Dziembowskiego, wynika, polega wagotonia na schorzeniu istoty rdzeniowej nadnercza i tkanki chromochłonnej. Wadliwa wydzielina hormonów nadnercza drażni nerw błędny i wywołuje chorobliwe wzmożenie napięcia w tym nerwie oraz dolegliwości i objawy w różnych narządach wewnętrznych. T. zw. bradykardya nerwowa mieści się w obrazie wagotonii. I wrzekoma nerwica sercowa, opisana przez Herza, jako t. zw. »bradycardia hypotonica«, cechująca się zwolnieniem tętna i nizkiem ciśnieniem krwi, mieści się zupełnie w obrazie wagotonii; wykazał to między innymi Dr Glassner w »Przeglądzie lekarskim« w r. 1917.

Chciałbym też wspomnieć o stanach odruchowych, które wywołują dolegliwości sercowe i zaburzenia w krążeniu, ale których źródło tkwi w innych narządach i których, mojem zdaniem, do nerwic również nie należy zaliczać, gdy niema równoczesnych objawów ogólnej nerwicy. Zdarzają się one u osób zupełnie zdrowych, są stanami chwilowymi i w przeciwieństwie do nerwic nie są zmienne, a tasama przyczyna w razie powtórzenia się wywołuje zwykle u danego osobnika ten sam stan. I tak: względnie często nerwoból międzyżebrowy, jak to wykazał Janowski, wiedzie do mylnego rozpoznania nerwicy sercowej przez to, że bywa źródłem bicia serca, niekiedy połączonego z niemiarowością oraz z uczuciem zamierania i bólami w okolicy serca. Nadmierna kwaśność żołądka lub nawet mierne wzdęcie jelit, które jeszcze nie wiedzie do wyparcia przepony ku górze, mogą wywoływać na drodze odruchowej bóle i dolegliwości w okolicy serca. Rosenbach opisuje odruchowy trawienny zbiór objawów, polegający na tem, że wieczorem lub wczesnym rankiem występuje silne uczucie opresyi, uczucie trwogi, silny, nieokreślony brak powietrza, nieregularna czynność serca i bardzo przykre uczucia w okolicy serca. Przy cierpieniach jelitowych i pasorzytach przewodu pokarmowego zaburzenia krążenia powstają wskutek nagłego rozszerzenia się naczyń w jamie brzusznej w obszarze nerwów trzewnych. Również skóra oraz wątroba, nerka wędrująca i narząd moczowopłciowy mogą być źródłem odruchowych zaburzeń w krążeniu. Tu zaliczają niektórzy dolegliwości i zaburzenia przy powikłaniu płciowem, podczas regularności i podczas ciąży. Hoffmann spostrzegał odruchową bradykardyę przy nadmiernem rozdęciu pęcherza moczowego. Do zaburzeń sercowych odruchowych należy też t. zw. naczynioruchowa dusznica bolesna Nothnagla (angina pectoris vasomotoria), polegająca na skurczu naczyń skórnych na kończynach pod wpływem zimna i następowem uczuciu lęku, bicia serca i bólów w okolicy sercowej.

W końcu chciałbym też zaznaczyć, że uważam za wielką, że się tak wyrażę, nieostrożność naukową przyjmowanie nabytych na polu walk wojennych nerwic izolowanych sercowych. Jak bardzo liczne spostrzeżenia wykazały, towarzyszą tym rzekomym nerwicom bardzo często zmiany wymiarów serca, rozszerzenie lub przerost serca, niekiedy szmery oraz zmiany w tętnie, dowodzące, że chodzi w tych przypadkach nie o nerwicę, ale raczej o pewne wyczerpanie się siły serca, towarzyszące ogólnemu wyczerpaniu i zużyciu się siły całego ustroju pod wpływem przebytych wysiłków i niewygód wojennych.

Błędne jest również, według mego zdania, mianowanie

pewnych objawów jako swoiście nerwiczych. Za dominującą cechę charakteru nerwiczego objawów możnaby co najwyżej uważać jedynie chyba to, że bez względu na ich postać — źródło i siedziba ich są psychiczne i podlegają wpływom psychicznym, podobnie jak charakterystycznem jest psychiczne źródło porażenia kończyny przy histeryi. Uważanie pewnych objawów klinicznych za swoiście nerwicze może łatwo doprowadzić do omyłek rozpoznawczych. Tak n. p znaczne i długo utrzymujące się przyspieszenie tętna po drobnych wysiłkach uchodzi u wielu za objaw nerwiczy, a tymczasem ten sam objaw bywa często wyrazem osłabienia mięśnia sercowego, n. p. po chorobach gorączkowych, przy miażdżycy tętnic i t. p. To samo dotyczy innych rzekomo swoistych objawów, jak n. p. arytmii oddechowej, która może być wyrazem organicznych schorzeń nerwowych, związanych z podrażnieniem nerwu błędnego i zdarza się n. p. przy chorobach mózgu i opon mózgowych, a nadto według doświadczenia Ortnera zdarza się wprawdzie wyjątkowo, ale w całkiem wyraźnej postaci arytmia oddechowa przy anatomicznych schorzeniach serca. Również mimo ogromnych zdobyczy w nauce o tętnie, jakie w ostatnich czasach poczyniono, rozpoznawanie ze stanu tętna i wyciąganie wniosków o stanie krążenia i o chorobowo zmienionej czynności nie stoi jeszcze w dobie dzisiejszej w całej pełni na wyżynie ścisłej naukowej pewności i musi być stosowane ostrożnie i krytycznie. Naogół wszelkie zaburzenia rytmu i tętna takiesame mogą się zdarzyć przy zaburzeniaeh organicznych, jak i czynnościowych serca. Taksamo też nie można uważać wzmożonego parcia krwi za objaw swoiście nerwiczy, gdyż takie zaburzenia przebiegają często z prawidłowem lub obniżonem parciem krwi. Niema typowego parcia krwi, znamionującego nerwice.

Próby Rosenbacha i Lehra podziału objawów nerwic sercowych na 3 okresy, t. j. okres podrażnienia (excitomotoricus) z przeczulicą i wygórowaną pobudliwością, okres poraźny z depresyą i okres atoniczny, zostały zarzucone. Również nie uważam za zbyt szczęśliwą próbę Herza podziału objawów nerwiczych na neurastenię i hypochondryę sercową, odpowiednio do tego, czy u chorego przeważają objawy podmiotowe na tle przeczulicy oraz zmienionej czynności serca i innerwacyi naczyń, czy też przeważa ogólna skłonność do dowolnego odnoszenia wszelkich niezwykłych odczuć do serca. Wiemy bowiem dobrze, że w ogólnym obrazie nerwic taka granica pociągnąć się nie da, że obraz skarg chorego nigdy nie jest jednolity, lecz przeciwnie zmienny, że te skargi polegają na mylnym sądzie, opartym na błędnych przesłankach i wadliwem rozumowaniu, zamąconem przez przesadną obawę.

Nietylko żaden objaw sam przez się nie jest swoiście charakterystyczny dla nerwicy sercowej, ale nie istnieje żaden zespół ani typ znamiennego swoistego ugrupowania objawów. Taksamo, jak nerwica ogólna może się przyoblec w szaty zaburzeń organicznych, lub przyłączyć się do choroby nerwowej organicznej i wikłać ją, tak, że jak to neurologowie często, zwłaszcza podczas wojny, spostrzegają, niejako przyranne nerwice towarzyszą zmianom organicznym nerwowym, taksamo i objawy nerwicy serca mogą naśladować cierpienia organiczne serca lub do nich się przylepiać. Co więcej niejednokrotnie obserwujemy chorych, u których uważaliśmy objawy sercowe, niekiedy nawet przez szereg lat, za zaburzenia czynnościowe bez znaczenia, gdy one tymczasem zwolna i niespostrzeżenie wyrastają w objawy organicznej niedomogi serca. Tylko zatem zgodne śledzenie stanu serca przy równoczesnem obejmowaniu okiem całego ustroju może nam być pomocne i uchronić nas od pomyłek rozpoznawczych.

Streszczając swoje wywody stwierdzam, że do kategoryi nerwic zaliczać należy, mojem zdaniem, wyłącznie tylko takie stany chorobowe serca, które powstają na etyologicznem tle usposobienia ogólnego psychopatycznego i neuropatycznego lub nerwic ogólnych, które są objawem i stanowią część mozajki ogólnego schorzenia nerwowego. Tam, gdzie nie stwierdzamy usposobienia neuropatycznego, gdzie nie ma łączności z nerwicą ogólną współistniejącą, choćby tylko chwilowo utajoną lub przycichłą, co więcej, gdy przyczyny schorzenia serca możemy dopatrzeć się czyto w zatruciu, czy w anatomicznej zmianie nerwów sercowych lub mięśnia sercowego względnie naczyń, czy też, gdy za schorzeniem serca ukrywa się ściśle określony powód odruchowy, lub zmiana, tkwiąca w innym narządzie wewnętrznym, — tam już nie powinniśmy, mojem zdaniem, mówić o nerwicy sercowej, jako o chorobie w ścisłem tego słowa znaczeniu. W dobie obecnej, zdaniem mojem, słusznie coraz bardziej zatraca się i prawie zanika pojęcie nerwic, jako wyrazu zaburzeń nerwów wyłącznie narządowych i zaburzeń elementów nerwowych w poszczególnych narządach, czyli pojęcie samoistnych izolowanych nerwic obwodowych i narządowych. Przy takiem scharakteryzowaniu nerwic sercowych dochodzi się oczywiście do wniosku, że nie należy uważać za nerwicę wszystkich wogóle przypadłości sercowych, których nie umiemy doraźnie ocenić i sklasyfikować, lecz tylko takie objawy, które pozostają w ścisłej łączności ze współistniejącą ogólną nerwicą ustroju, a warunkiem trafnej oceny jest przystępowanie do badania chorego nie w charakterze specyalisty chorób wewnętrznych i sercowych, lecz zwrócenie uwagi na całokształt ustroju chorego, a zwłaszcza układu nerwowego.

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

Dalszy przyczynek.

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów).

(Dokończenie).

Ze względu na wyjątkowe warunki, w jakich zbierałem powyżej opisane spostrzeżenia, uważam za konieczne dodać kilka uwag ogólnych, dotyczących również i innych chorób zakaźnych, jakie można było spostrzegać w okresie trzech lat ubiegłych.

Niezwykłe warunki położenia politycznego po wybuchu wojny, zupełne zamknięcie ruchu komunikacyjnego, zarówno w kierunku Warszawy, jak i w stronę Niemiec, a następnie od 10 listopada 1914 utrudnienie i miejscowej komunikacyi z powodu przemarszu wojsk niemieckich i związanej z nim rekwizycyi koni i wozów, krążenia patroli wojskowych i kwaterunki coraz to nowych napływających oddziałów wojskowych, surowe zarządzenia co do przejazdów z jednej miejscowości do drugiej oraz dotyczące ruchu wieczorowego i nocnego, przyczyniały się do tego, zwłaszcza do wiosny 1915, że pewna liczba chorych z bliższych i dalszych okolic stracona została dla spostrzeżeń lekarskich. Bardzo często leczono się wprost tylko środkami domowymi, co najwyżej zasięgając tylko ustnie porady lekarskiej. Brak środków lekarskich wogóle, zarówno jak i surowic leczniczych, niemożność zupełna lub wysoce utrudnione przewożenie ich z Niemiec z powodu nader surowego zakazu wywożenia ich, nadzwyczaj utrudniały wykonawstwo praktyki lekarskiej. W maju 1915 wyszło rozporządzenie, dotyczące zaopatrywania aptek i składów aptecznych w środki lekarskie; miało to być dokonywane jedynie przez biuro zarządu cywilnego na powiaty Włocławski i Nieszawski pod rygorem zamknięcia apteki lub składu aptecznego, o ileby korzystano z zakazanych dróg kontrabandy. W listopadzie 1915 takież rozporządzenie wydano co do sprowadzania środków lekarskich z Warszawy. Obecnie złagodzenie rygorów wobec ułatwienia komunikacyi umożliwiło choć do pewnego stopnia poprawę praktyki codziennej.

Ilość przypadków błonicy, już w pierwszej połowie 1914 roku nieco zwiększona w porównaniu do lat poprzednich, zaczęła szybko wzrastać zaraz po wybuchu wojny. Zwiększenie to trwało przez cały rok 1915; w 1916 spadło do liczby zwykłej z ostatnich lat przed wojną. Jednocześnie prawie z wybuchem wojny zjawiła się płonica, przyniesiona przez rodziny, czasowo

przebywające w większych miastach (Włocławek, Kutno, Łódź i t. d.), lub też pomniejszych miasteczkach, a z powodu wojny pospiesznie powracające do stałych swych siedzib. Płonica w r. 1915 rozszerzyła się bardzo szybko i na najbliższą okolicę, trwając prawie aż do końca 1916 r. Posiadając z górą 600 (sześćset) spostrzeżeń płonicy z tego czasu, mam zamiar o epidemii tej podać bliższe szczegóły w oddzielnej pracy. Tu nadmienię tylko, że surowicy przeciwpłoniczej niestety dostać nie mogłem. Lekarze powiatowi wojskowi, jacy działali na terenie okupacyjnym w naszych okolicach, nie byli zwolennikami surowicy przeciwpłoniczej, nawet w postaci t. zw. ogólnej przeciwpaciorkowcowej wielowartościowej, ani też szczepionek przeciwpłoniczych, których wywóz zresztą z Niemiec podlegał surowym rygorom, dotyczącym wszystkich środków lekarskich wogóle. Dopiero w r. 1916, już pod koniec epidemii, powiodło mi się dostać z Warszawy surowicę przeciwpłoniczą z pracowni Towarzystwa naukowego, którą w kilku przypadkach zastosowałem. Posiadam natomiast około trzydziestu spostrzeżeń płonicy, powikłanej rozległym dyfteroidem gardła, w których, przypuszczając możliwość współistnienia zakażenia błoniczego prątkiem Löfflera, stosowałem surowicę przeciwbłoniczą ze skutkiem rozmaitym.

Lekarze wojskowi niemieccy byli zwolennikami stosowania szczepionek zapobiegawczych przeciwdurowych i przeciwcholerycznych. Stosowano je na szeroką skalę wśród wojska i robotników przy kolejach i szosach, poprawianych lub na nowo budowanych w celach strategicznych, szczególnie zaś stosowano szczepionki w miejscowościach nadrzecznych i bagnistych oraz wogóle na terenach, gdzie można było dla jakichkolwiek powodów obawiać się wybuchu duru lub cholery. W praktyce prywatnej szczepionki te miały również zastosowanie dość rozległe, zwłaszcza w wymienionych miejscowościach; stosowane one były również przez felczerów i akuszerki. Mieszkając w miejscowości bezwodnej i nie przewidując możliwości wybuchu ani duru, ani cholery, nie podjąłem takich szczepień, tem więcej, że na materyał szczepienny trzeba było zwykle czekać dłużej i że przechodził on przez kilka instancyi, co nie dawało zbytniej rękojmi ani jego jakości, ani świeżości.

Współcześnie miałem sposobność spostrzegać większą ilość przypadków mieszkowego zapalenia migdałków (angina follicularis). Były one bardzo częste, zwłaszcza w tych rodzinach, w których zdarzały się przypadki płonicy. Nieraz w jednej rodzinie zdarzały się w przeciągu względnie krótkiego czasu przypadki płonicy, błonicy gardła lub krtani u różnych członków tejże rodziny, przy współczesnem lub nieco późniejszem zachorowaniu wszystkich nieraz członków pozostałych, nie wyłączając starszych i najstarszych, na mieszkowe zapalenie migdałków o przebiegu nieraz bardzo ciężkim, lecz kończącym się zawsze szczęśliwie. Wobec tego, że przypadków mieszkowego zapalenia migdałków zdarzyło się więcej, niż błonicy i płonicy razem wziętych, wypadnie o epidemii tej powiedzieć nieco więcej przy opisie epidemii płonicy, tu wspomnę tylko, że w żadnym z tych przypadków surowicy przeciwbłoniczej nie stosowano, wszystkie zaś przypadki dyfteroidu gardła, wikłającego płonicę i leczonego zapomocą surowicy przeciwbłoniczej, nie weszły do statystycznych wykazów czystej błonicy.

Co do krztuśca, który zjawił się w r. 1915, to epidemia jego nie była ani zbyt duża, ani zbyt silna. Kilka przypadków śmierci, jakie zdarzyły się wśród dzieci, chorych na krztusiec przeważnie w wieku niżej lat trzech, wywołało przewlekłe zapalenie oskrzelkowe i zrazikowe płuc. Jeden przypadek śmierci nastąpił wskutek powikłania krztuśca przez błonicę krtani i ten opisałem powyżej wśród przypadków śmiertelnych pod Nr III.

Nakoniec wspomnieć należy, że w grudniu 1915 zaczęły zjawiać się przypadki duru wysypkowego, z początku u obcych przybyszów, robotników z Łodzi i jej okolic, pracujących przeważnie przy kolejach lub szosach, lub też u włóczących się setkami, a nawet tysiącami, żebraków bezdomnych, nieszczęśliwych ofiar z terenów ściślejszych działań wojennych, opustoszonych lub spalonych przez cofające się wojska moskiewskie. Z biegiem czasu dur wysypkowy zaczął zjawiać się i pośród ludności miejscowej, przeważnie miejskiej lub małomiasteczkowej (Kutno, Kowal, Włocławek, Nieszawa, Brześć Kujawski, Osięciny, Radziejów, Piotrków Kujawski, Izbica, Lubień, Lubraniec, Chodecz, Przedecz i t. d. i t. d.), a nakoniec i wśród ludności wiejskiej. Dane, dotyczące tej epidemii, wraz ze zwalczaniem jej w Radziejowie i jego okolicach, mam zamiar również przedstawić w oddzielnej pracy. Są one tem ciekawsze, że przedsięwzięte w rozmiarach wprost kolosalnych, na terenie świeżo okupowanym, w warunkach możliwie jaknajgorszych, zarządzenia dla zwalczenia tej epidemii stały w jaskrawem przeciwieństwie z tem, cośmy zwykli byli przedtem widzieć w dziedzinie zwalczania chorób epidemicznych na prowincyi, a co bywało poprostu karykaturą właściwej akcyi i przykładem tego, jaką ona być nie powinna.

Pozostawiając szczegółowsze omówienia korzyści i strat, jakie lecznictwo na naszym terenie okupacyjnym poniosło, do prac następnych, tu w krótkości nadmienię, że wszystkie strony dodatnie, jakie w tym względzie czas 32-miesięcznej wojny nam przyniósł, dotyczące zwalczania chorób zakaźnych, przymusowego szczepienia ospy, asanacyi miast i miasteczek, poprawy stosunków szpitalnych, zaprowadzenia samorządów, a przez to i możności wpływania na poprawę stosunków higieniczno-sanitarnych, w dużym stopniu zmniejszają się różnorakiemi ujemnemi stronami życia codziennego. Do takich zaliczam:

1) Utrudnienie leczenia się dla mieszkańców wsi przez brak środków komunikacyi, a mianowicie koni, przez nadmierne trudności w odżywianiu się chorych i ozdrowieńców, przez drożyznę lekarstw i brak ich, przyczem ceny stały się nieraz wprost fantastycznie wysokie bez żadnego usprawiedliwienia tej zwyżki. Brak lekarzy, bądź wskutek powołania do wojska, bądź wskutek śmierci wielu, naturalnie pogarsza położenie.

2) Niedostatek utensyliów lekarskich, zwłaszcza wyrobów gumowych, z nadzwyczajnem podrożeniem tych, co są do nabycia. Niemożność sprowadzania narzędzi lekarskich w miejsce tych, które się zepsuły lub w zastępstwie zarekwirowanych czy też zabranych. Mnie osobiście dla armii niemieckiej w połowie września 1914 zarekwirowano mikroskop. W styczniu roku bieżącego uzyskałem pozwolenie sprowadzenia nowego, lecz jednocześnie zwrócono mi mój dawniejszy, ale zniszczony.

Naturalnie wszystko to są niedogodności przemijające, które bledną wobec nadziei, że po wojnie rozwój niepodległej Ojczyzny pozwoli nam wkrótce wyrównać poniesione straty.

Oceny i sprawozdania.

Dr A. Klęsk: **Poradnik dla jednoręcznych.** Kraków, 1917. (Nakładem Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami, wykonane w Szkole inwalidów z licznemi ilustracyami).

Poradnik ten, przeznaczony głównie dla sfer fizycznie pracujących, w popularnej formie przedstawia bieg nauki u człowieka jednoręcznego, jakoteż omawia kwestyę pielęgnacyi kikuta, protezy, doboru jej i wyboru zawodu. Z uznaniem podnieść należy wydanie tej książeczki, albowiem podobne wydawnictwa w języku niemieckim już od pewnego czasu spełniają znakomicie swe zadanie; obecnie inwalidzi polacy taksamo korzystać będą mogli z cennych dla nich wskazówek w ojczystym języku. Illustracye wykonano ze zdjęć fotograficznych, dokonanych podczas nauki w krakowskiej szkole jednoręcznych. K.

Die Verwendungsmöglichkeiten der Kriegsbeschädigten. (Felix Krais Verlag, Stuttgart, str. 455 z 360 illustracyami). Bogato wydana ta książka może być znakomitym podręcznikiem dla lekarza i technika, interesującego się kształceniem inwalidów. W części pierwszej omawia prof. Müller t. zw. leczenie następcze uszkodzonych, Egloff ortopedyę, mechanikę i opiekę nad uszkodzonymi, Sippel kwestyę sztucznych członków, Krailsheimer opiekę nad ociemniałymi, inżynier Barth powrót uszkodzonych do pierwotnych zajęć, względnie zmianę zawodu, a wreszcie na końcu części pierwszej poruszono sprawę renty. Część druga dzieła poświęcona jest specyalnie sprawie technicznej, mianowicie omawiane są tu szczegółowo ważniejsze zawody, jakoteż możność wykonywania ich przy rozmaitych uszkodzeniach. Część tę kończy dokładny przegląd dotychczasowej literatury na tem polu, jakoteż wykaz wszystkich szkół, stowarzyszeń i opiek nad inwalidami w państwie niemieckiem. Część trzecia wreszcie obejmuje bogaty dział rycin, przedstawiający uszkodzonych przy pracy w różnych zawodach z pomocą sztucznych członków, przyrządów pomocniczych, jakoteż zmodyfikowanych narzędzi do pracy. Dr Klęsk.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 4. V. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 24.

I. Kol. Quest przedstawia:

a) dziewczynkę 6-letnią, chorą na **hemoglobinuryę napadową**. Mamka dziecka przechodziła kiłę i była leczona salwarsanem. Od 2 lat po każdem przeziębieniu dostaje dziecko dreszczów, gorączki, bolów w okolicy nerek, ręce i nogi sinieją i brzękną. Mocz, oddany po takim napadzie, jest ciemnoczerwonej barwy, zawiera białko, a w osadzie niema ciałek krwi czerwonych. Po kilkunastogodzinnem przeleżeniu w łóżku mocz znowu wygląda prawidłowo, a białko znika. Próba Wassermanna wybitnie dodatnia, próba Donath-Landsteinera słabo dodatnia, a próba Ehrlicha ujemna. U dziecka tego stosuje się leczenie przeciwkiłowe, które zazwyczaj wiedzie u dzieci do celu, natomiast inne metody, jak podane w najnowszych czasach przez Reissa leczenie wstrzykiwaniami śródmiąższowemi cholestearyny, dają tylko chwilowy wynik.

W dyskusyi kol. Hornowski podnosi jako rzecz nową stosowanie cholestearyny. Sam wstrzykiwał swego czasu królikom cholestearynę, a wynik był ten, że po pewnym czasie zwiększała się ilość lipoidów. Nasuwa się wobec tego myśl, czy przypadkiem hemoglobinurya napadowa nie pozostaje w związku z brakiem lipoidów. Na to przypuszczenie naprowadza mowcę hipoteza Landaua, według której brak lipoidów wywołuje zjawianie się w ustroju ciał, niszczących komórki ustroju.

Dalej przedstawia kol. Quest

b) dziewczynkę 10-miesięczną z **nadmiernem napięciem mięśni** (hypertonia musculorum). Waga ciała 3920 gr. Dziecko wychudzone, przytem cera dość dobra. Na skórze kilka czyraków. Obecnie objawów chorobowych ze strony przewodu pokarmowego niema. Apetyt dobry. Stolce prawidłowe. Mięśnie wszystkie (z wyjątkiem twarzy) występują pod skórą bardzo wyraźnie, są twarde, jak u atlety i stawiają opór przy ruchach biernych. Kręgosłup silnie w tył wygięty, kończyny zgięte i lekko przywiedzione, palce zgięte. Mięśnie twarzy wolne. Pobudliwość mechaniczna zwiększona, natomiast elektryczna prawie prawidłowa. Obraz chorobowy jest następstwem zaburzenia przemiany materyi przez nadmierne karmienie mączkami, a więc przez brak tłuszczu i białka w pokarmie. Leczenie polega na stopniowem dodawaniu tych składników przez podawanie piersi, mleka białkowego albo mleka krowiego, zaczynając jednak od małych dawek, gdyż u takich dzieci istnieje z początku intolerancya dla tłuszczu.

II. Kol. Sołowij przedstawia przypadek niezwykle wielkiej **przetoki pęcherzowopochwowej z zupełnym ubytkiem cewki moczowej**, zagojonej zapomocą kilkakrotnej operacyi.

Chora przebyła dwa porody, z których pierwszy był bardzo ciężki. Od tego czasu uchodzi mocz przez pochwę. Zgłosiła się w kwietniu 1916 na oddział położniczoginekologiczny. Wówczas stwierdzono zupełny brak cewki moczowej i bardzo wielką przetokę pęcherzowopochwową kształtu owalnego, której oś długa, przebiegająca poprzecznie, wynosiłą około 6 cm. Pęcherz i brzeg dolny przetoki przyrośnięty bardzo rozległemi bliznami do spojenia łonowego i zwłaszcza do kości łonowej prawej. — 6. IV. 1916 wykonano plastykę cewki moczowej po poprzedniem oddzieleniu blizn, przymocowujących pęcherz do spojenia łonowego i prawej kości łonowej, sposobem Schauty. Po wykonaniu nacięć blizn także od strony pochwy zostały tkanki tak dalece uruchomione, że szwy, zespalające nowo utworzoną cewkę moczową, dały się związać bez silnego napięcia. Wynik pierwszej operacyi przedstawiał się po 4 tygodniach w ten sposób, że dolna część cewki moczowej zgoiła się w długości około 2½ cm, górna zaś część cewki nie zgoiła się. W zgojonej części cewki moczowej znajduje się także przetoka wielkości dużej główki od szpilki. — 17. VII. 1916 wykonano powtórną plastykę górnej części cewki moczowej i zeszyto przetokę, pozostałą w dolnej części cewki. Wynik tej operacyi był szczęśliwy, gdyż powstała cewka długości około 5 cm, pozostały jednak w niej jeszcze 2 małe przetoki, nie gojące się pomimo przypalania kwasem azotowym zgęszczonym. — 30. X. 1916 zeszyto obydwie małe przetoki w ścianach cewki moczowej. Dolna z nich zgoiła się, górna zaś pozostała otwarta pomimo przyżegania kwasem azotowym zgęszczonym. — 4. XII. 1916 zeszycie pozostałej ostatniej małej przetoki w cewce moczowej z dodatnim wynikiem.

Chora opuściła zakład, by pewien czas spędzić razem ze swoją rodziną, poczem wraca z początkiem marca 1917 na dokończenie operacyi. Po powrocie jej stwierdzono, że długość nowo utworzonej cewki wynosi przeszło 5 cm i że ściana jej jest wszędzie szczelna. Cewka moczowa jest dobrze drożna. Przetoka pęcherzowopochwowa zmniejszyła się nieco z powodu zbliżenia się jej brzegu dolnego pod wpływem utworzenia cewki moczowej. — 27. III. 1917 okrojono brzeg przetoki dokoła i zeszyto przetokę 7 szwami węzełkowymi jedwabnymi. Po 8 dniach usunięto szwy i stwierdzono, że przetoka zgoiła się w całości z wyjątkiem małej szparki podłużnej w linii środkowej. Po 3-razowem przypaleniu kwasem azotowym zgęszczonym zgoiła się i ta szparka. Od tej chwili chora zatrzymuje mocz zupełnie w pozycyi leżącej i w ciągu nocy musi oddać mocz tylko 2—3 razy, przyczem pęcherz wypełnia się jednorazowo do 250 gr, w dzień zaś podczas chodzenia nie może chora jeszcze utrzymać moczu. — 5. V. 1917 opuszcza chora zakład z poleceniem powrotu po 3 miesiącach, gdyby po upływie tego czasu nie mogła jeszcze w dalszym ciągu zatrzymać moczu podczas chodzenia.

W dyskusyi przemawiał kol. Mars i prelegent.

III. Kol. Franke przedstawia typowy przypadek **akromegalii**, w którym zdjęcie rentgenologiczne stwierdziło nowotwór przysadki mózgowej.

IV. Kol. Warchoł przedstawia:

a) mężczyznę 49-letniego z rozpoznaniem **mięsaka ogólnego skóry**. Na udzie i goleni po obu stronach liczne ciemnobrunatne guzy, przy dotykaniu bolesne, dochodzące wielkości pomidora, — jeden na lewej goleni nawet wielkości małej pięści. Powierzchnia guzów pokryta naskórkiem, na największym guzie owrzodziała, łatwo krwawiąca. Guzy te miały powstać w kilka tygodni po operacyjnem usunięciu podobnego guza na skroni lewej, gdzie obecnie widoczna gładka blizna. Czas trwania choroby wynosi około ½ roku. Stan odżywienia chorego dobry, gruczoły limfatyczne nie zajęte. Podskórne wstrzykiwania arsenimu sodowego początkowo w dawce 0·01, później 0·015 dziennie spowodowały w ciągu trzech miesięcy zanik guzów z wyjątkiem dwóch największych, jeszcze lekko ponad poziom skóry wystających.

W dyskusyi kol. Hornowski podnosi konieczność badania drobnowidowego celem ustalenia rozpoznania, gdyż nasuwa się wątpliwość, czy nie ma się tu do czynienia z grzybicą guzową (mycosis fungoides).

b) Następnie przedstawia kol. Warchoł mężczyznę 47-letniego z **twardzielą nosa**. Nos bardzo znacznie powiększony, guzowaty, twardy, oba przewody nosowe zatkane. Z lewego nozdrza wyrasta guz, zrosły na szerokiej przestrzeni z wargą górną i zwisający nieco poza nią. Na podniebieniu miękkiem, łukach podniebiennych i tylnej ścianie przełyku charakterystyczne zmiany. — Badanie drobnowidowe kawałka guza wykazało znamienną dla twardzieli budowę. Guz usunięto, całą jamę nosową wyłyżeczkowano i przypalono dokładnie Pacquelinem. Chory uzyskał prawie prawidłowy kształt nosa, oddycha swobodnie przez nos i mówi wyraźnie.

W dyskusyi kol. Schramm zauważa, że leczenie operacyjne nie jest wprawdzie doszczętne i zazwyczaj nie zapobiega odtwarzaniu się guza, uważa je jednak za wskazane tak ze względu na efekt kosmetyczny, jak i umożliwienie choremu swobodnego oddychania przez nos. Wobec powolnego przebiegu choroby i możności ewentualnego stosowania naświetlań rentgenowskich można przecież w ten sposób choremu na długo przynieść ulgę.

V. Kol. Warchoł wygłasza odczyt: **O resekcyach szczęki górnej i dolnej**, wykonanych przez prof. Schramma w ciągu 1916 roku na oddziale chirurgicznym szpitala powszechnego.

Przyczyną zabiegu operacyjnego był w ośmiu przypadkach rak, w jednym zaś mięsak szczęki dolnej. Z pięciu resekcyi szczęki górnej, jedna obustronna. Wszystkie resekcye szczęki górnej wykonano w znieczuleniu miejscowem przez przerwanie przewodnictwa w drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego zapomocą wstrzyknięcia w okolicy otworu okrągłego około 5 gr 2% roztworu nowokainy z dodatkiem kilku kropel adrenaliny (1:100) i po 2½ gr w okolicy otworu podniebiennego przedniego i tylnego. Nadto chory otrzymywał na 30 minut przed operacyą wstrzyknięcie morfinowe. Chory zajmował na stole operacyjnym pozycyę prawie siedzącą z głową nieco w tył przechyloną. Cięcia skórne prowadzono według Langenbecka. W jednym przy-

padku z powodu siedziby nowotworu na tylnej ścianie podniebienia poprowadzono cięcie skórne na wewnątrz od kąta ust przez wargę górną skośnie ku kości jarzmowej. Po operacyi rana goiła się bez odczynu. Chory otrzymywał po 3—4 tygodniach protezę. Efekt znieczulającego działania nowokainy oraz anemizującego części miękkie działania adrenaliny był zawsze podziwienia godny. Mimika twarzy u każdego operowanego była zupełnie utrzymana, wynik kosmetyczny po założeniu protezy bardzo dobry. — Chory po obustronnej resekcyi umarł w kilka tygodni wskutek utrudnionego odżywiania się. Nawrotu nowotworu nie zauważono dotychczas u żadnego z pozostałych operowanych.

Trzy resekcye szczęki dolnej, połączone z plastyką wargi dolnej z powodu rozległego owrzodzenia rakowego skóry wykonano w ostrożnie podanej narkozie chloroformowej przy półsiedzącem ułożeniu chorego z głową lekko w tył przechyloną. Opadaniu języka ku tyłowi po oddzieleniu jego przyczepu na szczęce zapobiegało przytrzymanie go zapomocą przeprowadzonej przezeń nitki. — Dobre, wprost nieocenione usługi oddała już w trakcie operacyi założona proteza tymczasowa, którą łatwo potem zastąpić stałą. Efekt zabiegu pod względem kosmetycznym i czynnościowym nie był zadowalniający.

Przy wyłuszczaniu stawu szczęki dolnej z powodu mięsaka zabieg operacyjny składał się z następujących aktów: 1) Cięcie skórne, zaczynające się poniżej szczęki i biegnące łukowato przez kąt szczęki ku górze. 2) Uwolnienie przedniej powierzchni szczęki od przyczepu żwaczów. 3) Przecięcie wyrostka dziobiastego u nasady i uwolnienie tylnej powierzchni szczęki od przyczepu mięśni. 4) Przecięcie błony śluzowej i przepiłowanie gałęzi poziomej szczęki. 5) Wywichnięcie wyrostka kłykciowego i usunięcie wyłuszczonego ze stawu kawałka szczęki.

Z postępowania tego wynikają następujące korzyści: 1) łatwiejsze opanowanie krwotoku; 2) komunikacya rany z jamą ustną, a zatem dostawanie się krwi do ust występuje dopiero przy końcu operacyi; 3) uniknięcie zranienia tętnicy szczękowej wewnętrznej, w tych warunkach najłatwiejsze.

Na zakończenie przedstawił prelegent jako ilustracyę zdjęcia fotograficzne chorych przed i po operacyi, preparaty anatomopatologiczne resekowanych szczęk oraz jednego z operowanych chorych. Sekretarz: Dr Bocheński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Magistrat miasta Krakowa zawiadomił Izbę lekarską, że »według okólnika c. k. Namiestnictwa z dnia 8. sierpnia 1917 L. 140996/VII. b. 8070. mogą lekarze praktykujący wskutek rozporządzenia c. k. Ministerstwa kolejowego z dnia 3 lutego 1915 L. 3274 korzystać na czas wojny w celu odwiedzania chorych z pociągów towarowych cywilnych na c. k. austryackich kolejach państwowych i kolejach prywatnych. W tym celu mają lekarze praktykujący w razie potrzeby starać się o zezwolenie na korzystanie z cywilnych pociągów towarowych (Zivilgüterzüge) bezpośrednio w odnośnych dyrekcyach c. k. kolei państwowych austryackich względnie prywatnych, powołując się na powyżej przytoczone rozporządzenie c. k. Ministerstwa kolejowego i podając zarazem przestrzenie, na których podróżować mają«.

— Staraniem Komitetu Książęco-Biskupiego założone zostało w Zakopanem w ostatnich miesiącach schronisko lecznicze dla dzieci gruźliczych, pierwsze w Polsce. Schronisko to obejmuje na razie 60 łóżek, przeważnie dla gruźlicy zamkniętej, gruczołowej. Od 1. października otworzy Komitet Książęco-Biskupi drugie schronisko, również przeznaczone dla dzieci gruźliczych, mniejwięcej tych samych rozmiarów. W schronisku stosowane jest leczenie naświetlaniami. Obydwa domy przeznaczone są wyłącznie dla dzieci zupełnie biednych, a prowadzone kosztem Komitetu Książęco-Biskupiego z subwencyą c. k. Namiestnictwa. Schronisko dotychczasowo pozostaje pod kierunkiem Dr Wilczyńskiego. Od 1. października kierownictwo obejmie klinika pedyatryczna Uniwersytetu Jagiellońskiego, tak, jak schronisko dla dzieci chorych na jaglicę w Oświęcimiu pozostaje pod kierunkiem kliniki okulistycznej.

— Kolumny sanitarne Komitetu Książęco-Biskupiego pracują obecnie w następujących miejscowościach: Pierwsza Kolumna, obwód Dąbrowa Górnicza, obejmuje szpital na 70 łóżek w Klimontowie pod Dąbrową, w Niwce na 30 łóżek; trzeci szpital organizuje się w Kaźmierzu. Kierownikiem tej kolumny jest obecnie Dr Kazimierz Dadej. Druga Kolumna sanitarna pod kierunkiem Dr Maryana Konwerskiego pracuje na granicy obwodu Opatowskiego i Sandomierskiego i ma szpitale w Ostrowcu, Opatowie i w Staszowie. Trzecia Kolumna ma szpital w Tarnogrodzie w obwodzie Biłgorajskim, kieruje nim Dr Zygmunt Schinzel. Wszystkie szpitale przepełnione są obecnie czerwonką, oprócz tego w niektórych okolicach, jak n. p. w obwodzie Biłgorajskim, znaczna ilość płonicy, a prawie wszędzie zaczyna się rozszerzać tyfus brzuszny.

— Krajowe Stowarzyszenie Czerwonego krzyża, rozwijając na coraz szersze rozmiary działalność w zakresie walki z gruźlicą, przystąpiło obecnie do utworzenia poradni (dyspensoryów) w większych miastach Galicyi; z otwieraniem poradni złączono wędrowną wystawę przeciwgruźliczą oraz wykłady popularne. Pierwszą poradnię otwarło Krajowe Stowarzyszenie Czerwonego krzyża, jak donosiliśmy, w Łańcucie. Drugą otwarto bardzo uroczyście przy udziale episkopatu, władz cywilnych i wojskowych 30. VIII. w Przemyślu; otwarcia dokonał prezes Stowarzyszenia, Paweł ks. Sapieha. Otwarcie trzeciej poradni, w Zakopanem, odbyło się 8 b. m.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Zgłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 22 września 1917 № 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego szpitala św. Łazarza.

Stosowanie skroplonego powietrza w leczeniu chorób skórnych.

(Tymczasowe spostrzeżenie kliniczne).

Podał

Dr Franciszek Walter.

Z zakresu środków i zabiegów leczniczych, stosowanych w dermatologii w celach kosmetycznych, znane oddawna przyżeganie żegadłem Paquelina, elektroliza, elektrokaustyka, silne środki żrące w maściach i pastach nie dawały wyników zadowalniających. Zabiegów chirurgicznych z powodu obaw chorego nie zawsze można było wykonać, a niektóre z nich, jak skaryfikacye, niezawsze były wystarczające.

Z rozwojem leczenia fizycznego wprowadzono leczenie promieniami świetlnymi. Naświetlania promieniami Röntgena lub pozafiołkowymi, dawały w pewnej grupie przypadków wyniki zadowalniające; wyniki te zależały od doświadczenia lekarza, naświetlania stosowane przez niedoświadczonych i niewyćwiczonych, przynosiły szkodę choremu. Również kosztowne i długotrwałe leczenie radem i mezotorem wymagało doświadczenia, a mogło być tylko przeprowadzane w odpowiednio wyposażonych zakładach. Kwas węglowy wprowadzony do leczenia fizycznego przez Puseya w 1905 r. znalazł szerokie zastosowanie w dermatologii, zwłaszcza w leczeniu kosmetycznem. Prosty i łatwy do wyuczenia sposób stosowania, dający się przeprowadzić w każdej chwili i w każdem miejscu, zyskał bardzo wielu zwolenników, zwłaszcza że wyniki kosmetyczne były bardzo dobre, zabieg nie pozostawiał blizny, a w tych przypadkach, gdzie postępowano energiczniej, aby osiągnąć działanie głębsze, blizna następowa była gładka, równa i kosmetycznie piękna. W pewnych przypadkach, jak n. p. w usuwaniu znamion, a przedewszystkiem w toczniu rumieniowym (lupus erythematodes) bywa kwas węglowy stosowany obecnie jako jedyny i pewny środek leczniczy.

Ponieważ te wyniki lecznicze przypisać należy nizkiej ciepłocie, zastosowałem w pewnej grupie przypadków chorób skórnych skroplone powietrze, którego ciepłota jest o wiele niższą od ciepłoty płynnego kwasu węglowego, wynosi bowiem około 190 stopni poniżej zera. Po raz pierwszy otrzymali skroplone powietrze dwaj polscy uczeni Wróblewski i Olszewski, profesorowie Wszechnicy Jagiellońskiej. Ciekłe powietrze przedstawia się jako ciecz o niebieskawem zabarwieniu, bardzo ruchliwa, łatwo ulatniająca się; daje się przechowywać przez kilka godzin w posrebrzanych naczyniach szklanych. W mniejszych ilościach skroplić można powietrze w przyrządzie pomysłu Olszewskiego. Do doświadczeń otrzymywałem gotowe skroplone powietrze z zakładu chemicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego [1]).

[1]) Składam tu Dr Drozdowskiemu, asystentowi zakładu, serdeczne podziękowanie.

Postępowanie nasze przy stosowaniu skroplonego powietrza było następujące: Zwitek waty, tej wielkości jak powierzchnia, na którą chcemy zadziałać, ujmujemy w szczypczyki o drewnianych ramionach i zanurzamy w płynne powietrze aż do chwili, kiedy przestanie wrzeć. Następnie przenosimy na wybrane miejsce i wykonując silny nacisk, działamy przez kilka sekund. Jeżeli działanie ma być powierzchowne, wystarczy 8 do 10 sekund; gdy chcemy zadziałać na głębsze warstwy tkanek, naciskamy silniej przez dłuższy nieco czas: 15 do 20 sekund. W pewnej części przypadków posługiwaliśmy się metalowymi prętami o średnicy takiej, jak średnica zmiany chorobowej, którą mieliśmy usunąć; pręty te zanurzaliśmy w płynne powietrze, oziębiając je aż do chwili, gdy powietrze przestało wrzeć.

Natychmiast po odjęciu kłębka waty, napojonego ciekłem powietrzem, z tego miejsca, na które działaliśmy, powstało zagłębienie, odpowiadające wielkości kłębka waty, pokryte lekką warstwą śniegu, który powoli od brzegów tajał w przeciągu kilkunastu sekund. Następnie pozostawało w tem miejscu lekkie zaczerwienienie i obrzęk. W kilkanaście godzin wytwarzał się w tem miejscu pęcherz z treścią surowiczą albo galaretowatą. Po upływie jednego do dwóch tygodni pęcherz pękał, odsłaniając owrzodzenie mniej lub więcej głębokie, zależnie od czasu i ucisku działania. W miejscach, gdzie naskórek był silnie rozwinięty, n. p. na dłoniach i stopach, mimo dłuższego działania odczyn nie był zbyt wybitny. W cztery do sześciu tygodni następowało zabliźnienie, a blizna była gładką, nieco zabarwioną.

W czasie działania odczuwali chorzy lekkie pieczenie, poczem nieznaczny ból utrzymywał się mniej więcej przez godzinę. W miejscach, gdzie tkanka podskórna była wiotka, powstawał obrzęk w otoczeniu miejsca działania, niejednokrotnie z bardzo silnym odczynem.

Przypadków, w których stosowano skroplone powietrze było 51 i tak:

Znamion wrodzonych	17
Brodawek	19
Nagniotków	2
Łuszczycy	1
Kłykcin szerokich	2
Tocznia	7
Xeroderma pigmentosum	1
Molluscum contagiosum	1
Lichen chr. Vidal	1
	51

W tych 51 przypadkach zastosowano skroplone powietrze 68 razy.

Z n a m i o n a w r o d z o n e. Zmiany te, przeważnie szpecące kosmetycznie, ustępujące doskonale po stosowaniu śniegu z kwasu węglowego, również dobrymi wynikami oddziaływały na skroplone powietrze. W przypadkach tych stosowaliśmy powietrze skroplone przeważnie przy pomocy kłębków waty, rzadziej za pomocą prętów metalowych.

W ten sposób usunęliśmy 6 przypadków znamion barwikowych, gdzie działanie kłębka waty trwało przez 10 do 15 sekund, a 20 do 30 sekund oziębionego pręta metalowego.

Wyniki były dobre. W kilkanaście godzin wytwarzał się pęcherz, wypełniony cieczą surowiczą lub galaretowatą, poczem po upływie kilku dni po pęknięciu pęcherza powstawało owrzodzenie pokryte strupem. Mniejwięcej w 3 tygodnie po odpa-

dnięciu strupa powstawała blizna gładka, powierzchowna, zaczerwieniona.

Niektóre przypadki mieliśmy sposobność widzieć w kilka miesięcy potem; na miejscu dawniejszej zmiany była gładka blizna, ciemno zabarwiona.

Doskonały wynik uzyskaliśmy również w 1. przypadku t. zw. naevus araneus; blizna była zupełnie niewidoczna.

W jednym przypadku znamienia naczyniowego (naevus flammeus), zajmującym bardzo rozległą powierzchnię skóry czoła, nosa i połowy twarzy, stosowano zabieg tylko na skórze czoła. Po upływie 3 do 5 sekund odczynu ani następowego wyniku nie spostrzegaliśmy. Dopiero przy silnym ucisku, trwającym 15 sekund, otrzymaliśmy wyżej opisany odczyn w postaci pęcherza i owrzodzenia. Miejsce to po odpadnięciu strupa i zabliźnieniu, było o wiele bledsze, niż w stanie poprzednim, a blizna była bardzo powierzchowna. Zupełnego usunięcia zmiany nie uzyskaliśmy.

Dwukrotnie stosowano płynne powietrze w przypadkach znamion owłosionych. Po usunięciu włosów dopiero po zadziałaniu przez 20 do 25 sekund i po następowym silnym odczynie, otrzymać można było wyniki zadowalniające.

W 7 przypadkach znamion brodawkowatych stosowaliśmy skroplone powietrze przez 15 do 20 sekund; blizny następowe były gładkie i nieco ciemno zabarwione.

B r o d a w k i. Przypadków 19. We wszystkich przypadkach brodawki również dobrze ustępowały pod działaniem skroplonego powietrza. Ucisk kłębkiem waty stosowaliśmy przez 15 do 20 sekund, a prętem metalowym, oziębionym przez 30 sekund. Stosując bowiem ucisk przez czas krótszy, odczynu ani wyników następowych zadowalniających nie otrzymywaliśmy. Dopiero po 30 sekundach wytwarzał się pęcherz, niejednokrotnie z treścią krwawo podbarwioną z towarzyszącym silnym odczynem zapalnym, póczem powstawało owrzodzenie i blizna następowa.

T o c z e ń. W przeciwieństwie do ujemnych wyników przy stosowaniu śniegu z kwasu węglowego wyniki w przypadkach tocznia były po działaniu skroplonem powietrzem częściowo lepsze. W dwóch przypadkach po zadziałaniu 30-sekundowem w połączeniu z silnym uciskiem, otrzymaliśmy zupełne wyleczenie. Ogniska tocznia, trwające od dwóch i trzech lat, wielkości w jednym przypadku pięciokoronówki, w drugim dwukoronówki srebrnej, oddziaływały na to leczenie bardzo silnie. Powstał długotrwały obrzęk tkanek, wytworzony pęcherz, wypełniony cieczą galaretowatą z domieszką krwi, utrzymywał się przez 3 tygodnie, a po nim powstało głębokie owrzodzenie, które dopiero po upływie 8 tygodni pokryło się naskórkiem. Następowo powstała blizna twarda, zbita, silnie ubarwiona; klinicznie nie okazywała ona guzków toczniowych.

W jednym przypadku również odosobnionego ogniska toczniowego wynik nie był zupełnie zadowalniający. Pomimo, że po ustąpieniu odczynu, powtórzono zabieg, ognisko chorobowe częściowo tylko uległo wessaniu od środka. Na obwodzie utrzymywały się wykwity chorobowe. Wykonano następnie wycięcie pozostałych ognisk.

W pozostałych przypadkach stosowano skroplone powietrze na pojedyncze ogniska i guzki tocznia, zajmującego rozległe przestrzenie. Po przejściu silnego odczynu następowało częściowe wessanie i powstała blizna. Przypadki te były już kilkakrotnie przedtem leczone maścią pyrogalusową, tuberkuliną itd.; guzki toczniowe znajdowały się w bliznach twardych, zbitych, nieregularnych, wskutek czego warunki dla stosowania skroplonego powietrza były o wiele gorsze.

Z innych przypadków chorób skórnych zastosowano skroplone powietrze w dwóch przypadkach n a g n i o t k ó w. Po usunięciu warstw zrogowaciałego naskórka stosowano skroplone powietrze przez 30 do 40 sekund; odczyn był bardzo nieznaczny, a wynik leczniczy ujemny. Natomiast w ten sposób usunięto kilka ognisk m i ę c z a k a (molluscum contag.), działając przez 8 sekund. K ł y k c i n y s z e r o k i e, uporczywie utrzymujące się mimo leczenia przeciwkiłowego, po zastosowaniu skroplonego powietrza przez 10 sekund uległy wessaniu po przejściu nieznacznego odczynu w przeciągu 2 tygodni. Dobry wynik osiągnięto i w przypadku l i s z a j a p r z e w l e k ł e g o (lichen chronicus Vidal); po 10 do 15 sekundach działania powstała następowa blizna powierzchowna gładka, a objawy kliniczne i podmiotowe również ustępowały.

Przypadek ł u s z c z y c y uporczywej po zadziałaniu przez okres 8 do 10 sekund oddziaływał wytworzeniem się pęcherza z treścią surowiczą, ustępującego po 8 do 10 dniach. W miejscu zadziałania nacieki łuszczycowe ulegały zupełnemu wessaniu, pozostawiając powierzchowną, gładką bliznę, różowo zabarwioną. Również w ten sposób usunięto kilka brodawkowatych tworów w przypadku xeroderma pigmentosum; po ustąpieniu odczynu na miejscu tych wyrośli pozostały nieznaczne blizny.

Pominąwszy trudności w otrzymywaniu skroplonego powietrza, sposób ten dałby się zastosować w pewnej grupie przypadków chorób skórnych.

W porównaniu ze stosowaniem kwasu węglowego łatwość otrzymania, łatwość w stosowaniu, przemawiałyby na korzyść kwasu węglowego, zwłaszcza w przypadkach o charakterze wybitnie kosmetycznym. Jednakże, gdzie chodzi o działanie głębsze, celem usunięcia zmian chorobowych w głębszych warstwach tkanek, tam to działanie łatwiej da się osiągnąć zastosowaniem skroplonego powietrza. Również przez wywarcie silniejszego nacisku i dłuższy okres działania możnaby osiągnąć przy tem leczeniu mniej lub więcej energiczne wyniki.

Zwalczanie duru plamistego w Galicyi przed wojną, podczas wojny i po wojnie

podał

Dr Natan Milgrom,

lekarz epidemiczny (Stary Sambor).

Na podstawie doświadczeń, które poczyniłem w służbie Namiestnictwa galicyjskiego, jako lekarz epidemiczny, chcę tu omówić sposób zwalczania tej epidemii w Galicyi podczas wojny, aby wysnuć odpowiednie wnioski na przyszłość po wojnie.

Przed wojną zwalczaniem duru plamistego w Galicyi zajmowali się lekarze powiatowi, przyczem obowiązywał następujący porządek rzeczy: Gmina była zobowiązana o każdym podejrzanym przypadku donieść natychmiast do starostwa. Zgłaszano przeważnie pisemnie. Lekarz powiatowy natychmiast po otrzymaniu owego zgłoszenia był obowiązany jak najprędzej udać się do owej gminy, aby na miejscu wydać odpowiednie zarządzenia policyjno-sanitarne, wykonanie zaś owych zarządzeń należało do zakresu działania zwierzchności gminnej. Polegało ono na umieszczeniu tablicy ostrzegawczej, znaku ostrzegawczego dla analfabetów, postawieniu warty, polewaniu wapnem i karbolem lub innym środkiem dezynfekcyjnym, zwłaszcza podłóg, zabronieniu tłumnych gromadzeń się ludności, ordynacyi lekarskiej dla chorych na koszt rządu i końcowej dezynfekcyi, wykonywanej również przez gminę. Naczelnik gminy był osobiście odpowiedzialny za ścisłe wykonanie tych zarządzeń policyjno-sanitarnych.

Skutki takiego sposobu postępowania nie mogły być wielkie, jeśli się uwzględni konserwatyzm i bierność chłopa, zwłaszcza wschodnio-galicyjskiego, na którego było zdane wykonanie owych przepisów i jeśli się zważy, że lekarz powiatowy sam nie miał żadnej egzekutywy w sprawach epidemii, lecz był w tym kierunku zależny od prawnika, starosty.

Niejednokrotnie już podczas obecnej wojny i przed nią odzywały się w prasie lekarskiej głosy lekarzy urzędowych i nieurzędowych, żądających zmiany w tym kierunku. Obecnie zaś wobec wyodrębnienia Galicyi i zmiany stosunków tembardziej należy żądać radykalnych zmian i w tym kierunku.

Wskutek tych stosunków, grożących rozszerzaniem się epidemii wogóle, duru plamistego zaś w szczególności w Galicyi, będącej terenem wojennym, etapowe władze wojskowe zajęły się tą sprawą, stwarzając w porozumieniu z Namiestnictwem i z krajowem Stowarzyszeniem Czerwonego krzyża szereg instytucyi celem usunięcia owych niedomagań.

Przedewszystkiem uznano, że odosobnienie chorych we wsi, w ich własnych chatach, jest niedostateczne, pomimo wszelkich napisów ostrzegawczych, wart i t. d. Chorzy muszą być wywiezieni do szpitala. Wobec tego przystąpiono do zakładania cywilnych szpitali epidemicznych. Kierownikiem takiego cywilnego szpitala epidemicznego byłem przez czas dłuższy. Początkowo umieszczano w tych szpitalach tylko chorych, obecnie umieszcza się tam i pozostałych zdrowych mieszkańców zarażonej chaty, nietylko dla odwszawiania ich, ale także w celu kontumacyi (przez 2—3 tygodni). Przytem zabiera się także i rzeczy chorego dla dezynfekcyi do szpitala. W moim szpitalu, założonym przez

Namiestnictwo w porozumieniu z władzą wojskową, miałem średnio 30—50 chorych. Był on urządzony tylko prowizorycznie, składał się z kilku pokojów dla chorych, odwszawiarni i kąpieli, kuchni, pokoju dla dozorczyń i dla lekarza, sali sekcyjnej i t. d. Początkowo kazałem wszystkim chorym, których podczas jazd okrężnych po zarażonych miejscowościach przeznaczyłem do szpitala, dawać na głowę chustki, maczane w nafcie, w celu zabicia wszy i gnid; postępowałem tak ze względu na włosy kobiece, które starałem się zachować. Ale jakież smutne porobiłem przytem doświadczenia! Na 8 dozorczyń chorowało 5 na dur plamisty, z tych umarła jedna, oprócz tego ja sam zaraziłem się jako szósty z personalu szpitalnego. Wobec tego dziś każę bez wyjątku wszystkich chorych bez względu na płeć i wiek skrupulatnie strzydz na wszystkich owłosionych częściach ciała. Potem kąpano chorych, ich rzeczy dawano do przyrządu dezynfekcyjnego (parowego), z wyjątkiem kożuchów i rzeczy skórzanych, które zlewano lyzolem. Na sali chorych ciągle jeszcze szukano, czy niema wszy, a także lekarze wojskowi, przyjeżdżający dla inspekcyi ze strony władz wojskowych austryackich i niemieckich, czynili tosamo.

Przy pomocy tych środków udało się epidemię duru plamistego na wiosnę w lecie 1916 przynajmniej w obrębie mego okręgu sanitarnego tak opanować, że pomimo wielkiego ruchu wojsk (ofenzywa rosyjska) i ewakuacyi ludności cywilnej uchroniono wojsko przed tą zarazą.

Dziś (1917) odbywa się zwalczanie duru plamistego w obrębie mojego obecnego okręgu sanitarnego już inaczej, aniżeli w poprzednim roku (1916). Do wsi, w której sprawdzono dur plamisty, zostaje odkomenderowaną wojskowa kolumna odwszawiająca, składającą się z kilku żołnierzy, komendanta — słuchacza medycyny lub lekarza, zaopatrzona w przyrząd dezynfekcyjny i inne utenzylia. Kolumna ta przeszukuje domy, wykonuje więc rewizyę sanitarną, którą dawniej zwykle gmina wykonywała wadliwie przy pomocy dziesiętników, przyczyniając się często w ten sposób do rozszerzania się epidemii. Po sprawdzeniu choroby odwszawia się chorych wraz z całą rodziną i posyła się ich do szpitala, gdzie się ich znowu odwszawia. W ten sposób unika się o ile możności infekcyi domowej w szpitalu. Żołnierzy kolumny wojskowej także często się odwszawia. Daną miejscowość wolno mieszkańcom opuścić tylko po poprzedniem odwszawieniu (przepustki, warty). Wskutek tych zarządzeń można epidemię w okresie początkowym zupełnie stłumić, a rozwiniętą epidemię znacznie zmniejszyć.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń musi się więc na przyszłość, po wojnie, co do zwalczania duru plamistego w Galicyi postawić następujące żądania: 1) Do każdej gminy, w której sprawdzono dur plamisty, wysyła się natychmiast ruchomą kolumnę odwszawiającą z odpowiedniemi utensyliami. 2) Konieczne jest zaostrzenie ustaw o chorobach zakaźnych i prawo bezpośredniego działania lekarza powiatowego. 3) Lekarze powiatowi nie podlegają starostwom, lecz urzędowi zdrowia w rozszerzonych okręgach administracyjnych, a ten centralnemu urzędowi zdrowia. 4) Konieczne jest utworzenie ruchomych cywilnych szpitali epidemicznych, które zależnie od potrzeby wysyła się do odpowiedniej miejscowości, lub w braku pomieszczenia w niej albo w razie większego zapotrzebowania dla paru gmin — do miasta powiatowego. 5) Chorych i zdrowych z zarażonej chaty natychmiast przewozi się do szpitala w celu leczenia i kontumacyi. 6) Nie gmina, lecz kolumna odwszawiająca i szpital spełniają zlecenia policyjno-sanitarne lekarza powiatowego.

Następnie musianoby w ogólności baczniej przestrzegać poprawy stosunków sanitarnych; ze względu na dur plamisty trzebaby zwalczać wszawicę wśród biedniejszych klas ludności galicyjskiej.

W końcu należałoby założyć ruchome krajowe pracownie bakteryologiczne, które oddałyby wielkie usługi nietylko przy zwalczaniu duru plamistego, ale i innych epidemii. Musiałyby one być ruchome, aby je można było wysyłać z miejsca na miejsce wedle potrzeby, jak n. p. obecne ruchome wojskowe pracownie w wagonię kolejowym.

Wojna nauczyła nas, że tylko energiczne działanie może uwolnić Galicyę od duru plamistego — podobnie jak energicznie przeprowadzone szczepienie ochronne przeciw ospie w 1915 uwolniło Galicyę od tej strasznej epidemii.

W końcu parę uwag co do samejże choroby. A więc przedewszystkiem zaznaczam, że okres wylęgania duru plamistego trwa do 3 tygodni, wobec tego kontumacya powinna również trwać 3 tygodnie, jakoteż nie powinno się epidemii uważać za wygasłą, o ile od ostatniego przypadku nie upłynęły 3 tygodnie.

Pomimo odmiennego sposobu przenoszenia się duru plamistego powinno się ręce myć taksamo, jak n. p. przy durze brzusznym, przedewszystkiem ze względu na możliwość omyłki w rozpoznaniu, po drugie zaś ze względu na możliwość przenoszenia się duru plamistego nietylko przez wszy (lecz także przez powietrze i krew, a może i przez inne wydzieliny i wydaliny ciała ludzkiego). Sekcyę anatomo-patologiczną powinno się przeprowadzać zwłaszcza w przypadkach wątpliwych. Zmiany w naczyńkach krwionośnych skóry, opisanych w ostatnich czasach, nie można wśród skromnych stosunków prowincyonalnych badać. Potrzeba do tego całego aparatu patologiczno-histologicznego.

Próbę Widala, która przy durze plamistym ma być często słabo dodatnią (1:100, 1:200) oraz próbę Weil-Felixa (aglutynacya prątków »szczepu x 19«, — wyhodowanego z moczu chorych przez surowicę takich chorych), wypadające dodatnio w 80% przypadków, także w okresie zdrowienia, ale nie w pierwszych 3 dniach duru plamistego — powinno się przeprowadzać w każdym przypadku. Rozpoznanie duru plamistego jest łatwe w przypadkach typowych z osutką, trudniejsze w przypadkach bez osutki lub w przypadkach poronnych (krótszy czas trwania gorączki). Tu rozstrzyga badanie bakteryologiczne. Charakterystyczne jest również łuszczenie się skóry, podobne do łuszczenia się skóry przy odrze i trwające parę tygodni po spadku gorączki. W czasie choroby charakterystyczne jest t. zw. »Radiergummiphänomen«, polegający na tem, że po potarciu paznokciem skóry chorego powstaje po 1—2 minutach znak, jak gdyby po gumie do wycierania. Niewyraźną osutkę można uczynić wyraźniejszą przez ściśnięcie ramienia chorego n. p. ręką, wskutek czego powstają nawet drobne wybroczynki po wewnętrznej stronie stawu łokciowego. Znamienne dla duru plamistego jest obniżenie się ciśnienia krwi, które jest najważniejszym i najcięższym objawem chorobowym. Stąd, jak sądzę, chorzy dostają bardzo łatwo odleżyny, na co trzeba zważać. W moim szpitalu n. p. pewnemu choremu, w nocy bardzo niespokojnemu, dozorczyni związała dość lekko ręce ręcznikiem; już wskutek tego wystąpiły naokoło przedramienia blizko stawów ręki typowe odleżyny. A więc lekki ucisk ręcznika przez parę godzin wystarczył, aby wywołać odleżyny.

Lekarstw należy dawać jak najmniej. Specyfików niema. Optochina i urotropina, które zachwalano jako leki »swoiste«, nie okazują pomyślnego działania na przebieg choroby. Kollargol, polecany w najnowszych czasach ze względu na podobieństwo duru plamistego do posocznic, jest szkodliwy, gdyż wywołuje niebezpieczne zaostrzenie się i tak już groźnych przy durze plamistym objawów nerwowych. Powszechnie używanej chininy, nie mogę polecić, gdyż nie widziałem żadnego pomyślnego skutku przy jej podawaniu, przeciwnie, zdaje się ona szkodliwie oddziaływać na serce, podobnie jak i inne leki przeciwgorączkowe. Najlepszym środkiem przeciwgorączkowym są kąpiele z ewentualnemi oblewaniami zimną wodą. Digalen działa pomyślnie ze względu na obniżone ciśnienie krwi. Najlepsza jest kofeina, jako działająca na najbardziej zmienione przy durze plamistym obwodowe naczynia krwionośne. W przypadkach beznadziejnych warto spróbować śródżylnego wstrzyknięcia digalenu lub kofeiny i fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

Zapobieganie: Często się kąpać i często zmieniać bieliznę. Ochronnych podskórnych wstrzykiwań surowicy chorych na dur plamisty próbowała ekspedycya niemiecka w Turcyi. W tym kierunku potrzeba jeszcze ściślejszych badań. (Obacz w »Medizinische Klinik« z 18. marca 1917: Über Versuche prophylaktischer Impfung gegen Fleckfieber von Paul Neukirch, Kiel).

Wstrzykiwania surowicy ozdrowieńcom, podejmowane w celach leczniczych, zawiodły zupełnie.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 23 maja 1917.

Przewodniczy prezes Ciechanowski. Obecnych członków 36.

1) Prezes wita gości, Dr Turowskiego, Niziołka i Zasackiego, poczem odczytuje list Towarzystwa higienicznego warszawskiego z zaproszeniem na Zjazd higienistów polskich, mający się odbyć w Warszawie dnia 29 i 30 czerwca i 1 lipca. Towarzystwo le-

karskie krakowskie będą na Zjeździe reprezentowali prezes kol. Ciechanowski, kol. Bier i kol. Janiszewski.

2) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedenia.

3) **Obrady nad obecnym stanem gruźlicy w kraju i środkami zaradczymi** rozpoczął

a) Kol. prof. Latkowski następującym referatem: Referent wskazuje na znaczny wzrost w czasie wojny schorzeń na tle gruźliczem, tak co do ilości jak i ciężkości, jakoteż przyrost śmiertelności, opierając się na statystykach Jakscha, Ghona i własnej ze szpitala św. Łazarza. Stwierdziwszy ten fakt, zajmuje się następnie podstawami naukowemi, na których powinno się opierać zwalczanie gruźlicy. Wskazuje najpierw na brak jedności co do zapatrywania, czy prątki gruźlicze ludzkie, bydlęce, ptasie, rybie i t. d. należą do różnych, czy też są odmianami tego samego gatunku. Ze względu jednak na to, że w gruźlicy ludzkiej znajdują się głównie, bo w 91·5% (Kossel) przypadków prątki typu ludzkiego, tamte typy pozostałe bez względu na stopień pokrewieństwa z typem ludzkim odgrywają podrzędną rolę w zakażaniu człowieka, skąd wynika, że głównem źródłem zarazy dla człowieka jest człowiek chory na gruźlicę. Wobec dzisiejszego stanu wiedzy o dziedziczeniu chorób znaczenie t. zw. wrodzonej gruźlicy jest problematyczne, — praktycznie zasługuje na uwagę tylko nabyta. Nabywanie choroby odbywa się głównie w wieku dziecięcym, jak to statystyki wykazują, przyczem odporność jest najmniejsza w pierwszym i drugim roku życia; w tych to właśnie latach jest największy procent schorzeń i śmiertelności. Badania sekcyjne i kliniczne dowodzą też, że ogniska pierwotne znajdujemy głównie w płucach u dzieci, u dorosłych zaś rzadziej. Gruźlicę płuc u dorosłych można uważać za wyraz zaostrzenia się sprawy chorobowej po ponownych zakażeniach wewnętrznych z ogniska pierwotnego, nabytego w wieku dziecięcym. Następnie podkreśla referent, że główną drogą zakażenia jest narząd oddechowy, jak to stwierdzają między innemi zwłaszcza badania Findla, wykazujące, że ilość prątków, potrzebna do zakażenia drogą wdychania jest 600—700.000 razy mniejsza od ilości, wiodącej do zakażenia pierwotnego w przewodzie pokarmowym. Zakażenie odbywa się przeważnie przez wdychiwanie kropelek wydzieliny chorego, zawierających prątki Kocha i wyrzucanych przy mówieniu, kichaniu, kaszlaniu i t. d., stąd zowie się ono zakażeniem kropelkowem (Tröpfcheninfektion), zwolennikami tegoż jest obecnie większość badaczy z Flüggem na czele. Nadto inhalacya kurzu zakażonego, unoszącego się w powietrzu, może prowadzić, zwłaszcza zdaniem Corneta, do zarażenia, częściowo zaś i stykanie się z przedmiotami zakażonymi odgrywa też pewną rolę.

Z wywodów powyższych wyciąga referent wniosek, że źródłem, z którego szerzy się choroba, jest otwarta gruźlica płuc. Gruźlica innych narządów wzgl. części, jak jelit, stawów, kości, skóry i t. d. wykazuje mniejszą ilość schorzeń i śmiertelność też niższą, jak na to i własna statystyka referenta wskazuje, wobec czego ma ona znacznie podrzędniejsze znaczenie dla sprawy zwalczania gruźlicy. Predyspozycya do zaostrzenia względnie nawrotu sprawy chorobowej wzmaga się wśród niehigienicznych warunków, jak braku światła, powietrza i t. d., a zwłaszcza złego odżywiania. Że złe odżywianie ma wpływ bardzo znaczny na rozwój gruźlicy, dowodzą tego i spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia, jakie wykonali na zwierzętach Hornemann i Thomas. Wpływem tym wyjaśnia się między innemi wzrost schorzeń i śmiertelność na tle gruźliczem w czasie wojny. Predyspozycye do rozwoju choroby zwiększają też i inne cierpienia zakaźne, jak zwłaszcza odra, też krztusiec, płonica, ospianka szczególnie u dzieci.

Oparte na tych zasadach zwalczanie gruźlicy postawić sobie musi za zadanie ochronę zdrowych, zwłaszcza małych dzieci przed pierwszem zakażeniem, dalej zakażonych przed zachorowaniem względnie nawrotem, wreszcie leczenie chorych. Dla przeprowadzenia tych zadań konieczne jest dokładne rozpoznawanie i rozdzielanie różnych form, szczególnie gruźlicy płuc i to przeważnie metodami zwykłemi, dostępnemi w każdych warunkach dla ogółu lekarzy. Wreszcie przechodzi referent do omówienia sposobów zwalczania gruźlicy w praktyce. Przypisuje główne znaczenie szpitalom dla gruźliczych, jako mającym służyć dla odosobnienia przedewszystkiem ciężko chorych, bez którego zwalczanie wszelkie żadną miarą przeprowadzić się nie da. Zwłaszcza zaś u nas wobec mnożącej się obecnie liczby ciężko chorych, a małej liczby miejsc dla nich, konieczne jest zakładanie jak największej liczby szpitali gruźliczych. Obok szpitali ważne zadanie mają do spełnienia opieki gruźlicze (dyspenzorya), które obmyślają środki zapobiegawcze w poszczególnych przypadkach, mają wykazy wszystkich chorych ze swego okręgu, oddzielają szczególnie dzieci zdrowe od chorych, pośredniczą między chorymi, a odpowiednimi zakładami, t. j. szpitalami, względnie sanatoryami, czuwają nad higieną mieszkań, polepszaniem odżywiania się i w. i. Przyłączenie do szpitali gruźliczych dyspenzoryów ułatwiłoby zadanie społeczne dyspensoryów. Następnie omawia referent rozwój opiek w Niemczech i Austryi, dalej sprawę sanatoryów i ich potrzeby dla średnio chorych, wspomina o sanatoryach leśnych, ogródkach i koloniach wiejskich. Wreszcie podaje w krótkości, co u nas zrobiono dotąd na polu gruźlicy i podnosi obecną działalność Towarzystwa przeciwgruźliczego w naszem mieście jak i akcyę Wydziału krajowego, skierowaną ku tworzeniu oddziałów gruźliczych przy szpitalach. Referent sądzi, że w zwalczaniu tej choroby, zwłaszcza kraj nasz nękającej, powinni współdziałać wszyscy lekarze szczególnie wobec tego, iż to, co dotąd zrobiono, jest niczem w porównaniu do ogromu pracy, jaka pozostaje jeszcze do wykonania na tem polu. Z tego też powodu sądzi referent, że usilne kształcenie nowych pokoleń lekarzy w tym kierunku jest bardzo na czasie i że bardzo pożądane jest założenie zakładu naukowego dla badania gruźlicy przy jednym z mających powstać oddziałów gruźliczych Wydziału krajowego.

W końcu podaje referent następujące wnioski:

1) Ponieważ wedle statystyki szpitalnej św. Łazarza wzrosła śmiertelność z gruźlicy płucnej w latach 1914—1916 o 13—20% (O. I. A.) [u mężczyzn z 32·3% na 52·3%, u kobiet z 28·1% na 41·3%] skutkiem złych warunków, a głównie złego odżywiania podczas wojny, ponieważ mnożą się przypadki gruźlicy ostrej płucnej, a te formy są głównemi źródłami zakażenia, przeto jest rzeczą konieczną jak najrychlejsze budowanie licznych szpitali gruźliczych głównie dla odosobnienia gruźlicy otwartej płuc, bez którego to odosobnienia zwalczanie gruźlicy przeprowadzić się nie da.

2) Gruźlica innych narządów, względnie układów, jak gruźlica jelit, narządu moczowopłciowego, kości i stawów i t. d., ma daleko mniejsze znaczenia dla zwalczania ze względu na znacznie mniejszą zaraźliwość, jakoteż mniejszą częstość schorzeń i śmiertelność((n. p. w r. 1916 na ogólną ilość schorzeń gruźl. w szpitalu św. Łazarza 1055 było chorych na gruźl. płuc 699 t. j. 66·2%, zaś na gruźlicę stawów i kości 183 t. j. 17·3%).

3) Przy szpitalach gruźliczych powinny być umieszczone opieki (dyspenzorya), co opiekom może ułatwić działalność.

4) Towarzystwa lekarskie powinny wziąść udział w walce przez urządzanie odczytów popularnych o gruźlicy i wydawanie niu odpowiednich publikacyi.

5) Wskazane jest założenie instytutu dla badania gruźlicy przy jednym ze szpitali gruźliczych nowopowstających. (Streszczenie własne).

b) Drugi referat przedstawia kol. Bujak, który omawia przyrost gruźlicy u dzieci, przyczyny, sposoby zwalczania i dochodzi do wniosków następujących:

1. Ilość gruźlicy czynnej u dzieci ze sfer mniej zamożnych wzrasta gwałtownie tak, że w materyale szpitala św. Ludwika stanowi obecnie 20%, gdy w latach przed wojną i w początkach wojny wynosiła 6%; w materyale ambulatoryjnym obecnie 29·5%, dawniej 9·2%.

2. Procent dzieci oddziaływujących na szczepienie tuberkuliną nie powiększył się dotychczas wyraźniej.

3. Z tego wynika, że prawdopodobnie te postacie gruźlicy, które w dawnych, korzystniejszych warunkach pozostawały nieczynne, obecnie zaostrzają się i okazują przebieg złośliwy.

4. Za przyczynę przyrostu gruźlicy czynnej należy uważać w pierwszym rzędzie nieodpowiednie odżywianie, składające się w ubogich warstwach wyłącznie niemal z węglowodanów.

5. Jako środki, mające na celu wydatne zwalczanie gruźlicy wchodzą w rachubę:

a) Poprawa obecnego sposobu odżywiania tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym, przez umożliwienie uboższej ludności spożywania pokarmów białkowych i tłuszczów; najodpowiedniejszym środkiem byłoby założenie tanich kuchni.

b) Odosobnienie chorych z gruźlicą otwartą w odpowiednich zakładach. Celem przeprowadzenia tej akcyi i zdania sobie sprawy z jej rozmiarów, należy wprowadzić obowiązek donoszenia o każdym przypadku gruźlicy otwartej.

c) Umożliwienie racyonalnego leczenia gruźlicy zamkniętej przez urządzenie stałej lecznicy klimatycznej, do czego nadawałaby się szczególnie letnia kolonia w Rabce, po odpowiednich adaptacyach i wyposażeniu.

d) Umożliwienie korzystania z półkolonii wakacyjnych jak

największej liczbie dzieci przez czas wakacyjny nieskrócony. (Streszczenie własne).

c) W trzecim referacie kol. prof. Godlewski przedstawia działalność Komitetu Książęco-Biskupiego (K. B. K.) w sprawie zwalczania gruźlicy u dzieci. K. B. K. założył w Zakopanem (Willa Orla) schronisko dla 65 dzieci gruźliczych. Schronisko to ma urządzenia bardzo prymitywne. Opiekę lekarską objął Dr Wilczyński. Aby oddzielić gruźlicę zamkniętą od otwartej przystępuje K. B. K. do stworzenia drugiego schroniska na 40 dzieci. Niestety brak lekarza chirurga w Zakopanem, wywołany stosunkami wojennymi, nie pozwala na przyjmowanie dzieci z gruźlicą chirurgiczną do schronisk zakopiańskich. Ponieważ szpitale odmawiają również przyjmowania tych dzieci, więc sprawa ich pomieszczenia i leczenia staje się coraz bardziej naglącą. Pożądana byłaby również przemiana istniejącej kolonii letniej rabczańskiej na schronisko całoroczne, co możnaby uzyskać drogą porozumienia się K. B. K. z komitetem kolonii rabczańskiej.

Dalsze referaty i dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie w dniu 6. czerwca 1917.

Przewodniczy prezes kol. prof. Ciechanowski. Obecnych członków 35.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia przyjęto na członka kol. Schwarzbarta.

2) Prezes kol. Ciechanowski zdaje sprawę z czynności Komisyi, wybranej dla opracowania **zasad ustroju sanitarnego w Polsce** (i w Galicyi w razie jej wyodrębnienia). Komisya, do której wchodzili prezes kol. Ciechanowski, jako przewodniczący i referent, oraz kol. Damski (prezes krajowego Związku lekarzy), Janiszewski (naczelny lekarz miasta), Momidłowski (członek Zarządu Związku lekarzy rządowych) i Schoengut (prezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej) odbyła 6 posiedzeń i po gruntownych rozprawach uchwaliła następujące zasady ustroju sanitarnego:

1. Podstawy ogólne: Wszystkie sprawy sanitarne normują zasadnicze ustawy sanitarne, uchwalone przez ciała prawodawcze, jakoteż rozporządzenia, wydane przez naczelną władzę sanitarną w granicach tych zasadniczych ustaw.

2. Zarząd główny administracyi sanitarnej: Zarząd całej administracyi sanitarnej sprawuje naczelna władza sanitarna mająca takie same atrybucye, jak inne władze naczelne i stanowiąca ostatnią najwyższą instancyę w sprawach sanitarnych i społeczno-higienicznych. Naczelnikiem tej władzy jest lekarz, całkowicie odpowiedzialny za cały zarząd administracyi sanitarnej i w jej zakresie działający samodzielnie. Jako jego podwładni działają w naczelnym zarządzia sanitarnym obok referentów lekarskich referenci prawnicy i technicy. Naczelnej władzy sanitarnej przydana jest Rada przyboczna. Część jej członków mianuje rząd krajowy, drugą zaś część tworzą delegaci Wydziałów i Izb lekarskich, ewentualnie Związku lekarzy. Wszyscy członkowie tej Rady mają jednakowe prawa. Ta Rada wydaje orzeczenia we wszystkich ważniejszych sprawach, przedkładanych jej przez naczelną władzę sanitarną lub wniesionych przez członków Rady. Do projektów ustaw sanitarnych, przedkładanych ciałom ustawodawczym, musi być zawsze dołączona opinia Rady.

3. Zakres działania naczelnej władzy sanitarnej: Zakres działania obejmuje wszystkie zasadnicze rozporządzenia i przepisy, inicyatywę oraz nadzór we wszystkich sprawach sanitarnych i społeczno-higienicznych. Rozporządzenia i przepisy innych władz naczelnych, wkraczające w ten zakres, mogą być ogłoszone i wejść w życie tylko wtedy, jeżeli zostały zatwierdzone także przez naczelną władzę sanitarną.

4. Hierarchia administracyi sanitarnej: Cała administracya sanitarna tworzy ciało jednolite, dlatego też władze sanitarne (lekarze sanitarni) w najniższych jednostkach administracyjnych (lekarze gminni, okręgowi) mają w zakresie swych zadań sanitarnych charakter urzędników krajowych i podlegają w tym zakresie tylko władzom sanitarnym wyższego stopnia. Lekarze gminni w miastach powyżej 40.000 mieszkańców są również włączeni do hierarchii sanitarnej, ale lekarze naczelni tych miast mają w niej stopień odpowiednio wysoki (n. p. lekarze naczelni miast stołecznych podlegają bezpośrednio tylko naczelnej władzy sanitarnej).

5. Egzekutywa: Władze sanitarne niższych instancyi mają prawo bezpośredniej egzekutywy w sprawach nagłych i ważnych, grożących bezpośredniem niebezpieczeństwem, a są za takie zarządzenia wyłącznie odpowiedzialne. W innych przypadkach mają władze sanitarne egzekutywę za pośrednictwem władz administracyjnych (politycznych) stojących w każdej z instancyi obok, ale nie ponad władzami sanitarnemi. Organem wykonawczym administracyi sanitarnej jest obok ogólnych organów wykonawczych także osobna służba sanitarna, odpowiednio wykształcona, a podległa wyłącznie i bezpośrednio lekarzom sanitarnym.

Te wnioski Komisyi będą przedstawione jako substrat do obrad ankiecie, zwołanej do Krakowa w drugiej połowie czerwca, a złożonej z przedstawicieli wszystkich instytucyi, korporacyi i Towarzystw lekarskich w kraju. Uchwały tej ankiety będą przedstawione następnie Kołu polskiemu, Ministerstwu dla Galicyi, T. Radzie Stanu i Zjazdowi higienistów polskich w Warszawie.

Sprawozdanie prezesa przyjęto do wiadomości.

3) Kol. prof. Kader przedstawia: 1) chorego, który przed dwoma laty połknął **2 łyżeczki cynowe**, tkwiące teraz prawdopodobnie **w żołądku albo dwunastnicy**; naturę cierpienia stwierdziły dopiero promienie Röntgena, gdyż chory sam zataił jego przyczynę; 2) chorego z ogromnym **mięsakiem uda**, leczonego przez jednego z lekarzy dotychczas »zachowawczo« (!) przez pełne 2 lata.

4) Przystąpiono do dalszych **obrad nad obecnym stanem gruźlicy i środkami zaradczymi.**

Jako czwarty referent przemawiał kol. Janiszewski: Na wstępie, przypominając ścisły związek wzrostu i złośliwości gruźlicy z niedostatecznem odżywianiem, wniósł referent, aby Towarzystwo niezwłocznie zwróciło się do Koła polskiego w Wiedniu o zakaz dalszego wywozu żywności z kraju i o niezwłoczny dowóz do kraju potrzebnych środków żywności.

Wniosek jednomyślnie uchwalono, przekazując wykonanie Komisyi, do której zostali wybrani kol. Ciechanowski, Janiszewski, Kader, Kostanecki i Lang.

(Dodatek do protokółu. Komisya ta odbyła posiedzenie w dniu 7. VI. 1917 i zredagowała następujący memoryał do Koła polskiego.

»Lekarze, stykając się ciągle z najszerszemi kołami ludności, ze stanowiska swego zawodu najlepiej mogą ocenić, jak odpowiednie odżywienie wpływa na jej rozwój, zdrowie i sprawność fizyczną. Teraz, mając ciągłą sposobność stwierdzania zgubnego wpływu, jaki obecny głód wywiera na zdrowie naszej ludności, nie mogą lekarze obojętnie przyglądać się kolosalnemu zwiększaniu się ogólnej śmiertelności, w szczególności śmiertelności z gruźlicy, oraz degeneracyi fizycznej, jakiej ulega młode pokolenie, nie otrzymujące pożywienia, potrzebnego dla normalnego rozwoju i wzrostu. — Wobec tego lekarze, zebrani na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 6. czerwca 1917 zwracają się do Koła polskiego o jaknajenergiczniejszy protest przeciwko systematycznemu, świadomie prowadzonemu wygładzaniu ludności naszego kraju, najbardziej dotkniętego klęską wojny, przeciwko umniejszeniu racyi chleba i mąki, a już poprzednio wyznaczonej mniejszej ilości cukru, niż ludności innych krajów monarchii; zwracają się do Koła polskiego o bezwzględne domaganie się traktowania Galicyi na równi z innymi krajami monarchii, o wydanie ściśle przestrzeganego zakazu wywozu wszelkich środków żywności i węgla z kraju, natychmiastowego dowozu środków spożywczych do kraju, oraz o stworzenie komisyi obywatelskich, kontrolujących wydane w tym kierunku zarządzenia. — Głód, panujący już w naszym kraju, zagrażający fizycznemu rozwojowi naszej ludności na „długi czas, zmusza świat lekarski do żądania, aby bezzwłocznie zaprzestano wygładzania kraju, oraz stwierdzenia konieczności jaknajenergiczniejszego dążenia do zawarcia jaknajrychlejszego pokoju«.

Memoryał ten wysłano niezwłocznie do Koła polskiego, oprócz tego w streszczeniu przesłano go do Koła telegraficznie).

Referat swój w sprawie gruźlicy zakończył kol. Janiszewski następującymi wnioskami:

1. Przyjmuje się w zasadzie program walki z gruźlicą, opracowany przez krakowskie Towarzystwo walki z gruźlicą, a w szczególności uchwala się co następuje: Należy stworzyć sieć organizacyi krajowych sanitarnych. W zasadzie każde miasto powiatowe powinno być ogniskiem, jednoczącem wszystkie usiłowania, zdążające do uzdrowotnienia kraju wogóle, a w szczególności do zwalczania gruźlicy, chorób wenerycznych i ostrych chorób zakaźnych, oraz opieki nad dziećmi i walki ze śmiertelnością osesków, przyczem należy w najszerszej mierze korzystać z wypróbowanej pomocy kolumn sanitarnych.

2. Walka z gruźlicą powinna iść przedewszystkiem w kierunku zapobiegawczym i opieki nad dziećmi (odżywienie, sprawa mieszkaniowa, kolonie, półkolonie, tanie ogródki).

3. Działalność przeciwgruźliczą w ścisłem znaczeniu należy rozpocząć od zakładania opiek gruźliczych, któreby były

zarazem opiekami mieszkaniowemi i od odosobnienia otwartych form gruźlicy w oddziałach dla otwartej gruźlicy przy szpitalach krajowych, w schroniskach lub koloniach robotniczych dla gruźliczych.

4. Dla dzieci zołzowatych i z zamkniętą gruźlicą należy prowadzić sanatoryum w Rabce i Iwoniczu przez cały rok, dla gruźlicy chirurgicznej stworzyć osobne sanatoryum w górach; takie same sanatoryum urządzić dla gruźlicy otwartej wieku dziecięcego, bądź w okolicy podgórskiej, bądź w blizkości miast.

5. Należy zjednoczyć całą działalność przeciwgruźliczą w rękach Krajowej Komisyi walki z gruźlicą i jej kół prowincyonalnych.

Dyskusya:

a) Kol. Ciechanowski: Referaty, wygłoszone na ostatniem i dzisiejszem posiedzeniu, zgodnie wskazują na fakt, że częstość zakażeń gruźliczych dotąd nie wzrosła, a tylko wzrosła częstość gruźlicy czynnej i przebieg choroby stał się cięższy i szybszy w stosunku do czasów przedwojennych. Pogorszenie to nastąpiło przedewszystkiem w ostatnich dwóch latach wojny. Zjawisko to potwierdzić może mowca jeszcze i na podstawie materyału sekcyjnego, w którym spotyka się znacznie więcej gruźlicy rozpadowej, szybko postępującej, niż dawniej, znacznie zaś mniej form włóknistych i spraw »wygajających się«. Kol. Bujak wskazał słusznie na złe odżywienie, kol. Janiszewski na fatalne stosunki mieszkaniowe, jako na przyczyny tego smutnego zjawiska. W związku z tem nabierają ogromnej wagi dwie sprawy, sprawa aprowizacyi (którą Towarzystwo przekazało co dopiero wybranej komisyi) i sprawa odbudowy zniszczonych siedzib ludzkich, która, jak nawet sprawozdanie samejże Centrali dla odbudowy kraju wykazuje, nie we wszystkiem idzie właściwym torem. Poprawa w jednym i drugim kierunku sprowadziłaby niewątpliwie zwiększenie odporności społeczeństwa, a przez to i zmniejszenie tak częstości zakażeń gruźliczych, jak i gruźlicy czynnej, częstsze »wyleczenia« gruźlicy, częstsze i dłuższe podtrzymanie zdolności chorych do pracy zarobkowej. To jest droga, którą przedewszystkiem iść powinna cała akcya. Osiągnąć na niej można bez porównania więcej i ekonomiczniej, niż drogą budowy schronisk dla nieuleczalnych gruźliczych, które wymagają dużych kosztów, nie będących w stosunku do osiągniętych wyników. Oczywiście już ze względu na zasady prostego miłosierdzia muszą takie schroniska powstawać, jednak mają one ze stanowiska społeczno-higienicznego w zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy znaczenie małe, a ze stanowiska racyonalnego gospodarstwa społecznego są pozycyą raczej ujemną. Koła lekarskie powinny z jaknajwiększym naciskiem domagać się poprawy aprowizacyi kraju, jak to mowca podniósł już z początkiem roku po wykładzie kol. Biera, oraz wznowić starania, by w Centrali odbudowy kraju współdziałali lekarze-higieniści. (Wniosek o ponowienie tych starań zebrani uchwalają).

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Dr Bulikowskiemu z Gleichenbergu za cenne książki ofiarowane bibliotece.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Sprawozdanie lekarskie za sezon kuracyjny z r. 1917 w Szczawnicy podaje: Ogółem było podczas sezonu osób 1342, z tego leczyło się około 1000 osób, z tego przypada na a) choroby płuc natury gruźliczej 58%, b) choroby dróg oddechowych natury niegruźliczej 25%, c) choroby niegruźlicze innych organów 17%.

a) Choroby płuc natury gruźliczej: w stadyum I. 67%, w II. 27%, w III. 6%. Z tego powikłań: a) ze strony gardła i krtani 5%, b) kiszek 2%, c) zmarło 2.

b) Choroby dróg oddechowych natury niegruźliczej: 1) choroby nosa, gardła, krtani i oskrzeli 28%, 2) rozedmy płuc (emphysema) 28%, 3) dychawicy atakowej (asthma) 25%, 4) rekonwalescencya po zapaleniu płuc i opłucnej 19%.

c) Choroby niegruźlicze innych organów: 1) choroby narządu trawienia 17%, 2) choroby narządu krążenia i przemiany materyi (wady serca, miażdżyca tętnic, reumatyzm) 8%, 3) choroby krwi (anaemia) 56%, 4) choroby nerwowe 13%, 5) zołzy 6%.

Służbę zdrowia pełniło 4 lekarzy. Do celów pomocniczych leczniczych służy zakład inhalacyjny (solankowe inhalacye i jedlinowe), tudzież łazienki z wodą mineralną ze źródła Jana i hydropatya.

U chorych zauważono mniejsze przybywanie wagi ciała, jak po inne lata, czego przyczynę upatrywać należy w lichszem odżywianiu się, tudzież ogólnem zdenerwowaniu. Sezon był bardzo pogodny, aura przeważnie sucha.

Warszawa. Na kursach dla lekarzy urzędowych Królestwa polskiego od 1. VI. do 15. VIII. wykładali Dr Paszkiewicz, Serkowski, Radziwiłłowicz, Brunner, Keintoch, Holtzmann, Chodźko, Gepner, Dębiński, Werner, Szenajch, prof. Mazurkiewicz i prof. Braun. Z 50 słuchaczy przystąpiło do egzaminu 40. Z pośród nich mianowano 2 lekarzy sądowych i 25 powiatowych w okupacyi niemieckiej; z poza grona słuchaczy kursów mianowano 18 lekarzy powiatowych.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W sobotę d. 22. września o godzinie 6 wieczór odbędzie się **w szpitalu powszechnym w Jarosławiu** posiedzenie Sekcyi Towarzystwa lek. galic. z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Fechter. 2) Wpływ pruchnicy zębów na powstawanie płonicy kol. Rossberger. 3) Sprawozdanie z funduszów sekcyi. 4) Wybór przewodniczącego Oddziału Sekcyi jarosławskiej.

Ze względu na konieczny wybór przewodniczącego upraszam o liczne zebranie.

Z biura Sekcyi jarosławskiej Tow. lek. galic.

Sekretarz: Dr Orłowski. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 39. Kraków, 30. września 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

ROK LVI. Kraków, 30. września 1917 Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu we Lwowie.
(Dyrektor: Radca dworu prof. Dr A. Gluziński).

Przyczynek do badań nad cukropędnem działaniem adrenaliny u człowieka*)

podał

Dr Zdzisław Tomaszewski

Adrenalina, mająca wybitnie wybiórcze powinowactwo do współczulnego układu nerwowego, wprowadzona zwierzęciu w odpowiedniej dawce czy to pod skórę, czy do jamy otrzewnej, wywołuje podniesienie się poziomu cukru we krwi (hyperglycaemia), a w następstwie tego cukromocz.

Mechanizm działania adrenaliny nie jest dotychczas zupełnie dokładnie poznany. Jedni autorowie twierdzą, że cukromocz poadrenalinowy następuje wskutek bezpośredniego uszkodzenia wątroby (lub trzustki), inni odnoszą go do drażniącego działania na ośrodek, położony w rdzeniu przedłużonym. Ogólnie przeważa jednakże pogląd, że adrenalina, drażniąc zakończenia nerwu współczulnego w wątrobie, uruchomia nagromadzony tam glikogen, sprowadza w ten sposób hyperglikemię, a w następstwie tego cukromocz. Zapatrywanie to ma najwięcej prawdopodobieństwa wobec wyników doświadczalnych i opiera się na znanem prawie Langley-Elliota, zbudowanem tylko dla współczulnej części układu nerwowego autonomicznego.

Co do działania u człowieka, to wiadomo, że wstrzykiwanie adrenaliny w dawkach małych, a więc w ilości 1 cm^3 roztworu 1:1000 nie wywołuje cukromoczu, lub wywołuje go rzadko i to tylko u takich osób, których układ nerwowy współczulny jest w stanie wzmożonego napięcia; ilości wydzielonego cukru są jednak i w tych przypadkach zwykle niewielkie. Reichenstein (3) n. p. w pracy z kliniki prof. Gluzińskiego stwierdził na 54 badań pojawienie się małych ilości cukru w moczu (0·76) tylko u dwóch osobników. Małe dawki nie mogą więc, wobec układu nerwowego współczulnego, który jest w stanie prawidłowego napięcia, uruchomić glikogenu wątrobowego, względnie uruchomiają go tylko w ilości widocznie za małej, tak, że poziom cukru we krwi nie może wzróść powyżej granicy, do jakiej zdrowa nerka zdoła jeszcze cukier zatrzymać. Daleko stalszym objawem jest jednak cukromocz adrenalinowy wtedy, skoro obok wstrzyknięcia adrenaliny podamy badanemu do spożycia większą ilość cukru gronowego (100 do 150 gramów); na 45 badań, wykonanych w ten sposób, wykazał Reichenstein (3) cukromocz w 32 (= 71·1%) przypadkach. Landau (4) u pięciu badanych znalazł w moczu cukier w ilościach 0·1 do 18·7 gr.

Wiadomo już oddawna, że cukromocz może się pojawić u człowieka także po spożyciu obfitych ilości samego cukru; granica assymilacyi, która według Noordena wynosi 2·1 gr. do 2·6 gr. na 1 kg. wagi, jest jednak wielkością niestałą, a fizyologiczna szerokość wahań jest dosyć znaczna.

Tak więc, jak z powyższego wynika, ani małe dawki samej adrenaliny, ani mierne ilości cukru nie wywołują w zwykłych warunkach cukromoczu, nie mogą bowiem wywołać takiej hyperglikemii, któraby przełamała fizyologiczną szczelność nerki; wzrost poziomu cukru we krwi powyżej tej granicy następuje dopiero wtedy, skoro badanemu osobnikowi oprócz wstrzyknięcia adrenaliny podamy do spożycia cukier.

Dotychczasowe badania nad cukromoczem, występującym po spożyciu cukru i wstrzyknięciu adrenaliny, wykonywano zwykle w ten sposób, że badanemu wstrzykiwano adrenalinę bezpośrednio po spożyciu cukru; dlatego w badaniach wykonanych na obfitym materyale naszej kliniki i ambulatoryum, których wyniki przedstawiam w niniejszej pracy, zwróciłem uwagę przedewszystkiem na stosunek, jaki zachodzi pomiędzy czasem podania cukru, a wstrzyknięciem adrenaliny. Należało się spodziewać pewnych wyników wobec znanego nam faktu, że działanie wstrzykniętej adrenaliny utrzymuje się dosyć długo. Aby wyniki doświadczeń możliwie ujednostajnić, wykonywałem je zawsze naczczo, przyczem badany osobnik aż do ukończenia doświadczenia (5 godzin) leżał w łóżku i nie przyjmował żadnego posiłku z wyjątkiem 250 cm sz. herbaty (bez cukru), którą wypijał w 3 godziny po rozpoczęciu doświadczenia.

W pierwszej seryi doświadczeń postępowałem następująco: Przeznaczony do doświadczenia osobnik spożywał naczczo 100 gramów cukru gronowego, rozpuszczonego w 300 cm sz. herbaty z dodatkiem połowy cytryny, poczem natychmiast wstrzykiwano mu 1 cm sz. adrenaliny w rozczynie 1:1000 (Takamine P. D.). W kilka dni później u tego samego osobnika wykonywałem doświadczenie drugie, podając mu znowu naczczo 100 gramów cukru, wstrzykując jednak adrenalinę dopiero w godzinę później. Porządek ten często zmieniałem z umysłu, podając w pierwszem doświadczeniu cukier nierównocześnie z adrenaliną, poczem dopiero po kilku dniach powtarzałem doświadczenie, podając tym razem cukier i równocześnie wstrzykując adrenalinę. Tak w pierwszem, jak i w drugiem doświadczeniu wydobywałem przez nakłucie żyły łokciowej w 1 do 2 godzin po wstrzyknięciu adrenaliny 12 cm sz. krwi i oznaczałem w niej zawartość cukru metodą Bertranda w modyfikacyi Moekla Franka. Mocz zbierano w pojedynczych porcyach tak długo, jak długo dawały się w nim wykazać choćby ślady cukru.

W opisany sposób zbadałem 15 osobników, otrzymując wyniki dosyć charakterystyczne, powtarzające się, z małymi wyjątkami, stale. (Tablica I).

Porównując ilości cukru wydzielonego w każdym z zestawionych tu przypadków, spostrzegamy jako bardzo charakterystyczny wynik przedewszystkiem to, że ilości cukru, wydzielane przy wstrzykiwaniu adrenaliny z równoczesnem podaniem cukru są zawsze większe, aniżeli wtedy, skoro podawano cukier na godzinę przed wstrzyknięciem adrenaliny. Różnice jakie tu spotykamy, są we wszystkich przypadkach zupełnie wyraźne, w niektórych wprost bardzo znaczne. I tak n. p. w przypadku 2 ilość wydzielonego cukru przy równoczesnem wstrzyknięciu adrenaliny i podaniu cukru wynosiła 19·03 gr., przy wstrzyknięciu adrenaliny w godzinę po podaniu cukru wydzieliła tasama osoba, w tych samych warunkach doświadczenia tylko 0·34 gr. Podobnie znaczną różnicę widzimy i w przypadku 3 (13·5—3·75 gr.). Znajdujemy wreszcie w grupie tej i takie przypadki, które wydzielają niewielkie ilości cukru tylko przy równocześnie z podaniem cukru wykonanem wstrzyknięciu adrenaliny, nie wydzielają go zaś wcale, jeżeli cukier podano w godzinę przed adrenaliną (przypadek 12 i 14). Analizując bliżej te dwa ostatnie przypadki, możemy z wszelkiem prawdopodobieństwem wskazać

*) W celu oszczędzenia miejsca skrócono tablicę I. i zupełnie wyłączono sześć tablic.

na przyczyny tego wyjątkowego zachowania się. W przypadku 12 przy podaniu cukru z równoczesnem wstrzyknięciem adrenaliny zawartość cukru we krwi wynosiła w godzinę po adrenalinie 0·26%, w moczu znaleziono 2·16 gr. Skoro jednak w drugiem doświadczeniu osobnikowi temu wstrzyknięto adrenalinę dopiero w godzinę po podaniu cukru, zawartość cukru we krwi w godzinę po wstrzyknięciu (a więc w 2 godziny po spożyciu cukru) wynosiła tylko 0·19%. Dalszy wzrost poziomu cukru we krwi widocznie już później nie nastąpił, tolerancya zaś nerki dla wcale już wysokiej zawartości cukru krwi 0·19% była jeszcze zupełnie wystarczająca tak, że cukier do moczu się nie przedostał.

Aby objaśnić przypadek 14, należy obok zachowania się cukru krwi uwzględnić także stan nerki. Przypadek ten, podobnie jak i następny, który poniżej dokładnie omówię, wskazują wyraźnie na to, jak ważną rolę odgrywa nerka w powstawaniu cukromoczu, jak wielkie znaczenie ma oznaczanie cukru krwi i do jak błędnych wniosków może nas doprowadzić nie uwzględnianie poziomu cukru we krwi przy ocenie wielkości cukromoczu.

I tak w przypadku 14 (z rozp. nephritis) po podaniu cukru i wstrzyknięciu w godzinę potem adrenaliny, zawartość cukru we krwi w godzinę po adrenalinie podnosi się do 0·2%; pomimo tej wyraźnej hyperglikemii cukier do moczu jeszcze się nie przedostaje. Dopiero podniesienie się poziomu cukru we krwi do 0·23%, jakie osiągnęliśmy po podaniu cukru z równoczesnem wstrzyknięciem adrenaliny, przełamuje sączek nerkowy i w moczu zjawiają się niewielkie ilości cukru. W przypadku tym możemy więc przypuszczać większe »uszczelnienie« sączka nerkowego wskutek przewlekłych zapalnych zmian w nerce.

Podobne uwagi możemy poczynić co do następnego przypadku: Mamy tu do czynienia z osobą młodą z wyraźnymi objawami białkomoczu ortostatycznego. W pierwszem doświadczeniu (cukier i równocześnie adrenalina) wydzieliła badana w przeciągu pięciu godzin 3·44 gr. cukru, leżąc aż do ukończenia badania w łóżku. Po kilku dniach wykonałem drugie doświadczenie, wstrzykując adrenalinę w godzinę po spożyciu cukru; badana spędziła cały czas doświadczenia poza łóżkiem. Tym razem zjawiło się w moczu białko, a cukromocz w porównaniu z doświadczeniem pierwszem wzmógł się znacznie, tak, że w całości wydzieliło się w przeciągu 4 godzin 10·64 gr. cukru. Przypadek ten jest więc w całej tej grupie jedynym, który daje o tyle odmienny wynik aniżeli wszystkie inne, że cukromocz, występujący po spożyciu cukru i równoczesnem wstrzyknięciu adrenaliny jest mniejszy, aniżeli przy wstrzyknięciu adrenaliny w godzinę po podaniu cukru. Wspomniałem już wyżej, że po 100 gramach cukru gronowego (bez wstrzyknięcia adrenaliny) zwykle nie następuje wydzielanie cukru z moczem. Badana, u której doświadczenie takie wykonałem na kilka dni przed rozpoczęciem doświadczeń z adrenaliną, znosiła także 100 gr. cukru, nie wydzielając w moczu ani śladu cukru. W dniu jednak opisanego wyżej drugiego doświadczenia z adrenaliną wydzieliły się pierwsze ślady cukru przed wstrzyknięciem adrenaliny, a więc już po spożyciu samego cukru. Objaśnienie przyczyny tego ciekawego spostrzeżenia znajdujemy w badaniu krwi. Wykazuje ono (dośw. z 8. XII.), że w godzinę po wstrzyknięciu adrenaliny, a więc w chwili, kiedy w moczu były już spore ilości cukru, procentowa zawartość cukru we krwi jest stosunkowo niewielka (0·196), znajdując się nie o wiele powyżej górnej granicy przepuszczalności nerki. Uderza to tem bardziej, że w doświadczeniu pierwszem zawartość cukru we krwi w godzinę po wstrzyknięciu adrenaliny wynosiła 0·31%, a pomimo tego był cukromocz znacznie mniejszy, aniżeli w doświadczeniu drugiem. Możemy więc wnosić, że równocześnie ze zjawieniem się białka w moczu nerka stała się dla cukru więcej przepuszczalna. Bardzo ciekawe byłoby bezwątpienia w przypadku tym oznaczenie zawartości cukru we krwi przed wstrzyknięciem adrenaliny, co jednakże nie dało się wykonać. Można jednak z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, że jeżeli w godzinę po wstrzyknięciu adrenaliny (i poprzedniem spożyciu cukru) zawartość cukru we krwi wynosiła zaledwie 0·196%, to po samym cukrze nie mogła być większa, aniżeli 0·196%.

Zarówno doświadczalnie, jak i klinicznie dowiedziono, że cukromocz może występować także bez równoczesnego podwyż-

Tablica I.

Płeć — Wiek Rozpoznanie	Data	Cukier krwi		Czas liczony od wstrzyknięcia adrenaliny cm. sz. moczu — zawierają gr cukru										Ilość w 5 godz.	
		w czasie po wstrz. adrenaliny	%	1 godz.		2 godz.		3 godz.		4 godz.		5 godz.		cm moczu	g cukru
				cm	g	cm	g	cm	g	cm	g	cm	g		
2. Kobieta, 35 lat	25. II.	1 g	0,38	w 40'-35 w 60'-48	0,198 2,4	170	10,88	90	5,04	40	0,52	25	0	408	19,038
Ulcus duodeni chr. Hy.	2. III.	1 g	0,236	193	0	10		16		50	0	20	0	289	0,34
3. Kobieta, 18 lat	13. XI.	2 g	0,296	90	0,9	170	10,2	55	2,44	30	0	20	0	365	13,54
Stenos. intest.	10. XI.	1 g	0,39	70	1,4	43	1,6	50	0,75	30	0	40	0	233	3,75
4. Kobieta, 26 lat	26. XI.	2 g	0,196	40	1,3	48	4,5	100	3,9	62	0,2	50	0	300	9,9
Neurosis ventr.	22. XI.	1 g	0,296	201	1,6	103	3,9	82	1,8	20	0	30	0	436	7,3
6. Kobieta, 31 lat	2. VII.	2 g	0,296	100	0,6	99	3,96	92	3,68	36	0,54	25	0	352	8,78
Enteroptosis	30. VI.	1 g	0,296	55	0,71	58	2,49	37	0,6	27	0,29	37	0,07	214	4,16
7. Kobieta, 42 lat	2. VI.	1 g	0,37	40	1,20	50	3,2	25	3,1	75	0,29	40	0	230	7,79
Struma	9. VI.	1 g	0,29	45	1,39	90	3,9	25	0,22	50	0	60	0	270	5,51
9. Kobieta	27. II.	2 g	0,278	100	1,0	160	2,39	140	0,3	60	0,1	30	0	490	3,79
Morb. Mikulicz	5. III.	1 g	0,256	62	0	56	0,33	100	0,1	50	0	20	0	288	0,43
10. Mężczyzna	4. V.	1 g	0,198	100	0,1	245	1,8	80	0,6	35	0,26	50	0	510	2,76
M. vagabund.	10. V.	1 g	0,196	100	0,1	52	0,26	60	0	86	0	70	0	368	0,36
11. Kobieta	1. XII.	2 g 30'	0,199	126	0	40	0,9	30	1,3	34	0,2	70	0,2	300	2,6
Operowane zwężenie odżw.	1. XI.	1 g 30'	0,19	60	0,4	75	0,6	30	0	20	0	30	0	315	1,0
12. Kobieta	17. II.	1 g	0,26	54	0	48	1,248	60	0,84	40	0,08	60	0	262	2,168
Pericard. chr. perihepat.	24. II.	1 g	0,19	50	0	60	0	45	0	28	0	50	0	233	0
14. Kobieta	9. XII.	2 g	0,23	130	0,1	47	0,25	64		54		62	0	357	0,35
Nephr. chr. luet.	29. XI.	1 g	0,2	120	0	180	0	100	0	58	0	25	0	483	0
15. Kobieta, 20 lat	5. XII.	1 g	0,21	94	0,25	80	2,0	55	0,6	44	0,4	22	0,19	295	3,44
Albuminuria orthostatica	8. XII.	1 g	0,196	188	1,2	62	7,6	52	1,5	38	0,34	40	0	380	10,64

W przypadku 2. Silny odczyn ogólny, lekka sinica, bicie serca i t. d.
W przypadku 9. i 10. Słaby odczyn ogólny.
W przypadku 12. Bardzo słaby ogólny odczyn.
W przypadku 14. Po 40 grm. galaktozy wydziela w 2 i 3 godzinie 1,93 g = 5%.

szenia zawartości cukru krwi; przyczyny takiego cukromoczu szukać wtedy należy w samej nerce. Zapatrywania na to, jak nerka schorzała zachowuje się wobec cukru krwi, nie są jeszcze do dzisiaj zupełnie ustalone. Lüthje (9) formułując warunki, na jakich możemy rozpoznawać cukrzycę nerkową (diabetes renalis) żąda, aby cukier zjawiał się w moczu dopiero po wystąpieniu schorzenia nerki; oznaczałoby to, że wskutek zmian w nerce jej szczelność zmniejszyła się i komórki przepuszczają teraz łatwiej cukier krwi. Przed kilku laty, zajmując się sprawą zachowania się cukru krwi w przypadkach przewlekłych schorzeń nerki (10), stwierdziłem, że wprawdzie w większości przypadków nerka dotknięta zmianami zapalnemi, przepuszcza cukier trudniej, że jednakowoż tak w grupie schorzeń z podwyższeniem parcia krwi, jako też i pośród innych postaci nierzadko spotykamy się z przypadkami, w których przepuszczalność nerki dla cukru staje się większą. Nie można na pewno powiedzieć, czy zmiany w przepuszczalności nerki dla drobin cukru zależą od zmian w samym miąższu, czy też od zmian i zaburzeń naczyniowych, pewne jednakże okoliczności każą nam zwrócić uwagę na naczynia. Wracając do naszego ostatnio omawianego przypadku musimy pamiętać o tem, że naczynia nerki odgrywają bardzo ważną rolę także w powstawaniu białkomoczu ortostatycznego, że białkomocz ten może być następstwem skurczu naczyń, występującego z łatwością u osób z »habitus hypoplasticus« i chwiejnym układem nerwowym. Przypomina w tem miejscu także doświadczenia Strassera, który wykazał, że przez podrażnienie nerwu trzewnego (a także i kulszowego) można wywołać skurcze naczyń nerkowych, w następstwie zaś tego białkomocz. Lépine wreszcie opisał przypadki, gdzie u osób histerycznych raz zjawiał się cukromocz bez równoczesnej hyperglikemii, drugi raz wykazywano w moczu tylko białko; objawy te można wprowadzić w przyczynowy związek chyba tylko z zaburzeniami krążenia w nerce.

Wydaje mi się najwięcej prawdopodobnem, że takiemi właśnie zaburzeniami w krążeniu możemy wytłómaczyć i ostatnio opisany przypadek, uwzględniwszy szczególną kombinację objawów, a mianowicie: a) brak cukromoczu pokarmowego, b) znaczną hyperglikemię z małym cukromoczem po spożyciu cukru i wstrzyknięciu adrenaliny u osobnika leżącego, c) ujawnienie się cukromoczu pokarmowego, nieznaczne podwyższenie się zawartości cukru krwi z dużym cukromoczem i zjawieniem się białka w moczu u osobnika, który podczas tego doświadczenia znajdował się poza łóżkiem.

Oprócz przypadków, zestawionych w tablicy I, miałem sposobność zbadania jeszcze 13 przypadków, przeważnie schorzeń w zakresie układu nerwowego; przypadki te były jednakże badane tylko raz, t. z. u jednych wstrzykiwano adrenalinę i podawano jednocześnie cukier, u innych wstrzykiwano adrenalinę dopiero w godzinę po spożyciu cukru.

Z siedmiu przypadków, którym podano 100 gr. cukru i równocześnie wstrzyknięto adrenalinę, wydzieliło się tylko w dwu przypadkach około $2^{1}/_{2}$ cukru we wszystkich zaś innych ilości cukru powyżej 5 do 10 gramów. W grupie drugiej znajdujemy tylko jeden przypadek z wątpliwem rozpoznaniem obrzęku śluzowatego, w którym to przypadku w przeciągu dwu godzin wydzieliło się prawie 7 gramów, w jednym przypadku wydzieliło się około 2 gramów, we wszystkich zaś innych wydzielone ilości cukru są o wiele mniejsze (około 0·8 gr.); w jednym przypadku cukromocz wcale nie wystąpił.

Aczkolwiek w przytoczonych trzynastu przypadkach nie posiadamy oznaczeń porównawczych u tychsamych osób, to jednak powtarza się i tu poprzednio już stwierdzone zjawisko, że cukromocz po wstrzyknięciu adrenaliny z równoczesnem podaniem cukru jest o wiele większy, aniżeli wtedy, gdy cukier podajemy na godzinę przed zastosowaniem adrenaliny.

Dla lepszego porównania przytaczam poniżej zestawienie obejmujące 69 badań:

Wielkość cukromoczu

100 gr cukru

równocześnie 1 cm sz. adrenaliny

0 gramów cukru	w 0	przypadkach	= 0%
poniżej 1 gr cukru	w 2	»	= 5%
1 do 2 gr cukru	w 3	»	= 3%
2 » 3 » »	» 6	»	= 14·6%
3 » 5 » »	» 6	»	= 14·6%
5 » 7 » »	» 6	»	= 14·6%
7 » 9 » »	» 10	»	= 25·0%
9 » 10 » »	» 2	»	= 5·0%
10 » 15 » »	» 2	»	= 5·0%
powyżej 15 » »	» 3	»	= 7·3%

100 gr cukru

po godzinie 1 cm sz. adrenaliny

0 gramów cukru	w 3	przypadkach	= 10%
poniżej 1 gr cukru	w 7	»	= 24%
1 do 2 gr cukru	w 1	»	= 3·4%
2 » 3 » »	» 4	»	= 13·7%
3 » 5 » »	» 4	»	= 13·7%
5 » 7 » »	» 5	»	= 17·1%
7 » 9 » »	» 2	»	= 6·8%
9 » 10 » »	» 0	»	= 0%
10 » 15 » »	» 1	»	= 3·4%
powyżej 15 » »	» 2	»	= 6·8%

Po stwierdzeniu tych faktów, które spróbuję objaśnić w ciągu niniejszej pracy, pozostawało mi jeszcze zbadać, jak się

Tablica II.

Rozpoznanie	% cukru krwi	Cukier w moczu												Ilość ogólna		
		1/2 godz.		1 godz.		2 godz.		3 godz.		4 godz.		5 godz.		moczu	cukru	
		cm	g	cm	g	cm	g	cm	g	cm	g	cm	g	cm	g	
Neuros ventr.	0,26	40	0	60	0,18	150	3,9	150	2,5	60	0,9	30	0,4	490	7,89	D + A
	0,28	200	0	100	1,1	120	4,6	48	1,2	30	0,02	20	0	498	6,92	D po 30′ A
Indur. apic.	0,246	15	0	45	0,6	99	3,96	90	3,68	50	0,5	30	0,1	329	8,84	D + A
	0,216	80	0,2	75	0,5	60	2,49	40	0,6	30	0,29	40	0,07	325	4,15	D po 60′ A
Scleroma laryngis	0,206	50	0	20	0,2	50	1,35	60	2,34	50	0,15	30	0	230	4,04	D + A
	0,196	30	0	20	0	50	0,8	60	1,26	60	0,66	20	0	220	2,72	D po 120′ A
Gastroenteroptosis	0,31	30	0	80	0,9	120	2,9	130	2,6	80	0,6	30	0	440	7,0	D + A
	0,192	40	0	30	0,1	40	0,3	45	0,1	70	0	29	0	155	0,5	D po 180′ A
Lumbago	0,23	80	0	100	0,5	100	1,9	70	0,6	50	0,4	35	0,1	435	3,5	D + A
	0,18	70	0	40	0	50	0	45	0	30	0	45	0	280	0	D po 180′ A
Indur. apic.	0,29	100	0	120	0,5	90	2,9	85	1,8	80	0,6	70	0,1	545	5,9	D + A
	0,17	60	0	52	0	70	0	28	0	30	0	30	0	270	0	D po 180′ A

Objaśnienie tablicy II.

Oznaczenie cukru krwi wykonywałem zawsze w godzinę po wstrzyknięciu adrenaliny. Ogólną ilość moczu obliczano od chwili wstrzyknięcia adrenaliny dopóty, dopóki dawały się w nim wykazać choćby ślady cukru. W przypadkach, gdzie wydzielanie cukru nie nastąpiło, podana jest ilość moczu z 5 godzin. — Skrócenia: D + A = podanie cukru z równoczesnem wstrzyknięciem adrenaliny.

zachowuje wydzielanie cukru wtedy, skoro chwila wstrzyknięcia adrenaliny oddala się od chwili podania cukru, t. z. poprzedza ją na jedną do trzech godzin, lub też następuje dopiero w dwie do trzech godzin później. Okazało się, że wstrzyknięcie adrenaliny, wykonane w dwie godziny po spożyciu cukru gronowego, wywołuje jeszcze wybitny cukromocz; po wstrzyknięciu wykonanem w trzy godziny później, występuje albo tylko nieznaczne i krótkotrwałe wydzielanie cukru, albo też cukier nie zjawia się wcale w moczu, chociaż kontrolne wstrzyknięcie adrenaliny, dokonane w tych samych przypadkach równocześnie z podaniem cukru, wywołało cukromocz wcale znaczny. (Tablica II).

Jeżeli doświadczenie wykonamy w sposób wprost przeciwny, t. z. jeżeli wstrzyknięcie adrenaliny poprzedza spożycie cukru na 30 do 45 minut, to cukromocz nietylko się zjawia, ale może być nawet wybitniejszy, aniżeli po wstrzyknięciu wykonanem równocześnie ze spożyciem cukru u tego samego osobnika. Jeżeli jednak wstrzyknięcie adrenaliny wykonamy jeszcze wcześniej, a więc na 90—120—180 minut przed podaniem cukru, to cukromocz zmniejsza się, trwa krótko, wreszcie nie występuje już wcale, jeżeli wstrzyknięcie adrenaliny odsuniemy na trzy godziny przed podaniem cukru. Odpowiednie oznaczenia wykonałem u 6 osób w sposób podobny do tego, jaki uwidoczniono w tablicy II.

Na podstawie przytoczonych badań (obejmujących 40 przypadków) możemy wypowiedzieć ogólny wniosek, że działanie cukropędne adrenaliny jest wtedy największe, jeżeli wstrzykujemy ją równocześnie lub conajwyżej na godzinę przed podaniem cukru; natomiast cukromocz zmniejsza się coraz bardziej, jeżeli adrenalinę wstrzykujemy po podaniu cukru, tak że w następstwie wstrzyknięcia, wykonanego w trzy godziny po spożyciu cukru, występuje cukromocz albo bardzo już tylko nieznaczny, albo cukier wcale się nie wydziela. Podobnie przesunięcie wstrzyknięcia adrenaliny poza okres godziny przed podaniem cukru, zmniejsza ilość wydzielanego z moczem cukru coraz bardziej.

W jaki sposób objaśnić możemy opisane spostrzeżenia? Z doświadczeń na zwierzętach wiadomo, że po wstrzyknięciu adrenaliny zwierzęciu, którego wątroba posiada mały zapas glikogenu, występuje niewielki cukromocz, a tylko u zwierzęcia, u którego zapasy glikogenu są obfite, cukromocz po takiej samej dawce adrenaliny jest znaczny. Na tej podstawie moglibyśmy przypuszczać, że jeżeli podamy cukier na godzinę lub więcej przed wstrzyknięciem adrenaliny, to w czasie tym wątroba nagromadzi dostąteczny zapas glikogenu i cukromocz będzie wcale znaczny. To teoretyczne rozumowanie zawodzi nas jednak, cukromocz bowiem, jak się przekonujemy, jest właśnie w tym przypadku niewielki; wnosimy więc, że albo wątroba w tym okresie czasu nie zdołała nagromadzić większej ilości glikogenu, albo nagromadziwszy, zatrzymuje go tak, iż mała dawka adrenaliny nie potrafi uruchomić go w ilości dostatecznej do wywołania obfitszego cukromoczu. Z doświadczeń na zwierzętach wiemy rzeczywiście, że wątroba zwierzęcia głodzonego nie zdoła wytwarzać glikogenu odrazu w pierwszych godzinach (Külz 11); spostrzeżenia tego nie można jednak bez zastrzeżenia przenosić na człowieka, pamiętając o tem, jak wielkie różnice zachodzić mogą nawet pomiędzy poszczególnymi gatunkami zwierząt. Fakt ten możemy tu zresztą zupełnie pominąć. Wiemy jednak, że u człowieka adrenalina w zwykle używanej dawce nie zdoła wywołać cukromoczu lub wywołuje go tylko rzadko, że więc takie niewielkie dawki nie wystarczają, aby uruchomić preformowany glikogen wątrobowy w większych ilościach i sprowadzić hyperglykemię, przełamującą sączek nerkowy. Gdyby więc nawet w ciągu czasu, jaki upływa od podania cukru, aż do wstrzyknięcia adrenaliny, wątroba nagromadziła pewien zapas glikogenu, to adrenalina nie potrafi uruchomić większych jego ilości. Przypuszczeniu, że cukromocz poadrelinowy jest następstwem tylko uruchomienia glikogenu wątrobowego sprzeciwia się zresztą już sam ten fakt, iż cukromocz po cukrze i adrenalinie, równocześnie lub nawet wcześniej wstrzykniętej, nietylko występuje, ale jest bezwarunkowo większy, aniżeli wtedy, jeżeli adrenalinę wstrzykujemy po podaniu cukru. W pierwszym przypadku działanie adrenaliny rozpoczyna się już wtedy zanim jeszcze mogło rozpocząć się odkładanie się glikogenu w wątrobie z wprowadzonego cukru; dlatego więc hyperglikemia i cukromocz nie mogą być następstwem uruchomienia glikogenu wytworzonego z cukru wprowadzonego z adrenaliną równocześnie, lub też bezpośrednio po jej wstrzyknięciu.

Przyczyny więc cukromoczu po wprowadzeniu cukru i adrenaliny muszą być inne. Najwięcej prawdopodobieństwa ma przypuszczenie, że cukromocz ten jest następstwem przechodzenia wprost do krwi znacznej ilości cukru krążącego, który wskutek działania adrenaliny nie może uledz w wątrobie polimeryzacyi na glikogen. Mechanizm tego cukromoczu przedstawić można w następujący sposób:

Adrenalina, wstrzyknięta równocześnie lub przed podaniem cukru, działając na zakończenia nerwu współczulnego w wątrobie, uruchomia zawarty już w niej glikogen i wolny cukier [1]) jednak w ilości za małej jeszcze, aby wywołać cukromocz; procentowa zawartość cukru we krwi tylko w rzadkich przypadkach przekracza granicę przepuszczalności nerki, o czem przekonały mnie odpowiednie oznaczenia, wykonane u 5 osób dwukrotnie naczczo.

Komórki wątrobne, wprawione za pośrednictwem zakończeń nerwu współczulnego w stan podrażnienia, nie mogą wskutek tego, napływających do wątroby z krwią żyły wrotnej większych ilości cukru zatrzymać (vitale Fixierung Frank Isaac) i zamienić na glikogen, lecz przepuszczają go wprost do krwi [2]).

[1]) Frank i Isaac (16) przedstawiają ten proces w następujący sposób: Adrenalina narusza równowagę między utrwalonym glikogenem a wolnym cukrem, który znajduje się w wątrobie; komórki wątrobne zostają zmuszone oddać ten wolny cukier do krwi; w miarę tego, jak się to staje, pewna część glikogenu rozpada się, powstający w ten sposób cukier przechodzi do krwi, i tak dalej.

[2]) Według Franka i Isaaca (16) cukier gronowy daleko trudniej ulega włączeniu (»praedissimilatorische Addition«) w żywą substancyę, aniżeli glikogen.

Tablica III.

Rozpoznanie	Cukier krwi				Cukier w moczu										Ogólna ilość	
	po minutach	%	po minutach	%	1/2 godz.		1 godz.		2 godz.		3 godz.		4 godz.		cm moczu	g cukru
					cm	g	cm	g	cm	g	cm	g	cm	g		
1. Obstip. habitual.	30	0,186	90	0,226	80	0	150	0,94	140	3,2	120	2,06	96	0	490	6.2
2. Pharyng. chr.	30	0,196	60	0,276	260	0	38	0,32	28	1,06	46	0,69	34	0	372	2,07
3. Ulc. ventr. chr. Hy.	45	0,256	75	0,34	175	±	330	1,98	220	7,48	150	7,95	100	0,3	975	17,7
4. Bronchitis chr.	60	0,24	120	0,22	135	0	110	1,43	210	4,83	240	1,68	320	0	560	7,94
5. St. post castrationem	60	0,132	120	0,236	100	0	90	0,27	105	0,73	40	0,3	50	0	335	1,12
6. Gastroenteroptosis	60	0,278	135	0,236	25	0	20	0,84	90	2,97	270	2,7	350	0,35	755	6,86
7. Gastroenteroptosis. Induratio apicum	60	0,34	180	0,114	40	0	150	1,2	110	3,41	130	3,25	140	0	430	7,86

Uwaga: Naczczo 100 g cukru gronowego i podskórnie 1 cm adrenaliny 1 : 1000. — Ogólna ilość moczu mierzona od chwili wstrzyknięcia adrenaliny, aż do ukończenia wydzielania cukru.

W tych przypadkach, gdzie adrenalinę wstrzykiwano na pół do jednej godziny przed podaniem cukru, hyperglikemia, a więc i cukromocz, osiągają większe nawet natężenie dlatego, że tu działanie adrenaliny na komórki wątrobne rozpoczęło się już wcześniej i w chwili podania cukru było już bardzo wybitne. Dwukrotne oznaczania procentowej zawartości cukru we krwi po wstrzyknięciu adrenaliny wykazują, że glikemia po adrenalinie jest rzeczywiście w okresie 30 do 60 minut po wstrzyknięciu bardzo wyraźna, że więc w tym czasie przypada największe natężenie oddziaływania adrenaliny na komórki wątrobne. W drugiej godzinie jest działanie adrenaliny już słabsze. Jeżeli więc wstrzyknięcie wykonamy na dwie do trzech godzin przed spożyciem cukru, to napływający do wątroby cukier trafia na okres zbliżającego się już ku końcowi działania adrenaliny; dopóki jeszcze jej podrażniające działanie się utrzymuje, dopóty komórki wątrobne przepuszczają napływający cukier wprost do krwi, wskutek czego powstaje hyperglykemia nieznaczna, poczem działanie adrenaliny ustaje, tak że komórki wątrobne dalej jeszcze dopływający cukier już zatrzymują i polimeryzują na glikogen. Cukromocz jest więc w tych przypadkach nieznaczny i trwać musi krócej, co rzeczywiście zgodne jest z naszemi spostrzeżeniami.

Jeżeli podamy 100 gramów cukru w godzinę przed zastosowaniem adrenaliny, to pewien nadmiar nie zamieniony we wątrobie na glikogen przechodzi do krwi i podnosi tylko nieznacznie procentową zawartość cukru w porównaniu z zawartością na czczo. Według Binga i Jakobsena (12) w 60 minut po stu gramach spożytego cukru procentowa zawartość cukru krwi wzrasta o około 36% wartości na czczo; według Tachaua (13) dochodzi glikemia do szczytu w wielu przypadkach wcześniej, aniżeli po godzinie[3]. Z zestawienia przypadków, w których wykonałem dwukrotnie oznaczenia cukru krwi po podaniu 100 gramów dextrozy wynika, że koncentracya cukru we krwi w okresie 30 do 60 minut po spożyciu cukru jest największa; w drugiej godzinie glikemia się zmniejsza. Jeżeli w okresie tym (t. j. w godzinę po spożyciu cukru) wprowadzimy podskórnie adrenalinę, to z jednej strony uruchomia ona, jak już mówiliśmy, małą tylko ilość glikogenu i powiększa w ten sposób tę nieznaczną wskutek spożycia dekstrozy powstałą hyperglikemię, nie dopuszcza zaś z drugiej strony do tego, aby ten cukier, który jeszcze z krwią żyły wrotnej dopływa, zamienił się w komórce wątrobnej na glikogen. Ponieważ wyraźne działanie adrenaliny rozpoczyna się dopiero mniej więcej po upływie 30 do 45 minut od chwili jej wprowadzenia, czyli w danym przypadku w $1^1/_2$ do $1^3/_4$ godziny od chwili podania cukru, przeto tylko ten niewielki już nadmiar cukru, który nie został jeszcze utrwalony w postaci glikogenu, przesącza się przez komórki wątrobne i przechodzi do krwi. Hyperglikemia w pierwszej godzinie po wprowadzeniu adrenaliny nie jest wprawdzie w tym przypadku, jak tego dowodzą oznaczenia (wahania od 0·19 do 0·39%) mniejsza, trwa jednak widocznie krócej, równolegle z tem trwa także krócej cukromocz. Zestawienie, które poniżej przytaczam, uwidocznia w cyfrach trwanie cukromoczu:

100 gr cukru i równocześnie wstrzyknięcie adrenaliny (40 oznaczeń)

wydzielanie cukru trwa

5 godzin	w 13	przypadkach	= 32·5%
4 »	» 18	»	= 45·0%
3 »	» 9	»	= 22·5%
2 »	» 0	»	= 0%
1 »	» 0	»	= 0%
0 »	» 0	»	= 0%

100 gr cukru wstrzyknięcie adrenaliny po godzinie (29 oznaczeń)

wydzielanie cukru trwa

5 godzin	w 3	przypadkach	= 10·5%
4 »	» 9	»	= 31·0%
3 »	» 9	»	= 31·0%
2 »	» 4	»	= 13·7%
1 »	» 1	»	= 3·4%
0 »	» 3	»	= 10·5%

[3]) Bliższe szczegóły o cukromoczu pokarmowym zawierają prace: Beaudouin (17), Frank (18), Tachau (13), Wacker (19), Bing i Jakobsen (12), A. Jakobsen (20).

Im później po spożyciu cukru następuje wprowadzenie adrenaliny, tem mniejsze są w tym czasie resztki cukru nie utrwalonego jeszcze jako glikogen, które pod wpływem działania adrenaliny mogą przechodzić wprost do krwi, tem więc mniejszy i krócej trwały będzie cukromocz.

Claude i Beaudouin (16) na podstawie badań, nie uwzględniających jednak zachowania się cukru we krwi, dochodzą w krótkiej notatce do podobnych wniosków.

Na podstawie zebranego materyału chciałbym dodać jeszcze kilka szczegółów co do cukropędnego działania adrenaliny.

Co się tyczy przedewszystkiem zachowania się cukru we krwi, to oznaczenia jakie wykonałem wykazują, że glikemia po wstrzyknięciu adrenaliny i spożyciu cukru waha się w szerokich granicach, a to od 0·132 do 0·39%. Obliczenie wykazuje, że glikemię (w grupie D A):

mniejszą od 0·2%	napotykamy	w 12%	przypadków
od 0·2 do 0·25	»	» 29%	»
» 0·26 » 0·3	»	» 34%	»
powyżej 0·3	»	» 25%	»

Wzrost poziomu cukru we krwi rozpoczyna się z końcem, lub tuż po upływie pierwszej połowy godziny po podskórnem wprowadzeniu adrenaliny. Widać to wyraźnie n. p. w przypadku 2 tabl. III; po 30 minutach stwierdziłem tu zawartość cukru 0·196%, która po upływie godziny podnosi się na 0·276%.

Po 45 minutach (przyp. 3 tabl. III) jest już hyperglikemia bardzo wyraźna, 0·256%, i podnosi się w tym przypadku po 1 godz. 15 min. na 0·34%. Także przypadek 1 w tejże tablicy dowodzi, że hyperglikemia zjawia się w drugiej połowie pierwszej godziny; w tym przypadku ilość cukru we krwi po 30 minutach wynosi wprawdzie tylko 0·186%, a w moczu brak cukru, mocz jednak, zebrany z całej pierwszej godziny, zawiera już 0·94 gr cukru, co dowodzi, że dopiero w drugiej połowie pierwszej godziny koncentracya cukru we krwi przekracza granicę przepuszczalności nerki.

Hyperglikemia po wstrzyknięciu adrenaliny zjawia się po największej części wcześniej, aniżeli cukromocz (wybitny przypadek 12, tabl. I). Na ogół spostrzegamy, że w końcu pierwszej godziny, przy istniejącej już a często nawet bardzo wybitnej hyperglikemii ilości cukru w moczu są jeszcze bardzo niewielkie; maksymalne wartości dla wydzielonego w godzinie cukru, przewyższające wielokrotnie wielkość cukromoczu w pierwszej godzinie przypadają w przeważnej części przypadków na drugą, rzadziej na trzecią godzinę. I tak n. p. przy hyperglikemii 0·206—0·296—0·316 w końcu pierwszej godziny, znalazłem 0·2—0·4—0·24 gr cukru w moczu. W przytoczonych tu jako przykład przypadkach znajdujemy największe ilości wydzielonego cukru dopiero w trzeciej godzinie, a mianowicie 2·34—1·5—3·3 gr. W przypadkach tych nie oznaczono niestety cukru we krwi w czasie największego nasilenia cukromoczu, ze względu jednak tak na ogólną ilość wydzielonego cukru, jak i na czas trwania cukromoczu wydaje się nieprawdopodobnem, aby w trzeciej godzinie po wprowadzeniu adrenaliny mógł procent cukru we krwi jeszcze dalej wzrastać.

Oznaczenia, wykonane w dziesięciu przypadkach w końcu drugiej godziny wykazały, że glikemia waha się między 0·196 a 0·392%; są to więc wartości zbliżone do tych, które znaleźliśmy w końcu pierwszej godziny po wstrzyknięciu adrenaliny.

Po upływie 2 godzin zawartość cukru we krwi zmniejsza się; w przypadku n. p. w którym po pierwszej godzinie (tabl. III) stwierdzono 0·278%, opada ta wartość po 135 minutach na 0·236%, przyczem jednak ilość cukru w moczu (2·7 g) jest trzy razy tak wielka, jak wartość stwierdzona w pierwszej godzinie.

Badanie cukru we krwi po $2^1/_2$ godzinach wykazuje 0·19%, chociaż (na ogół wprawdzie niewielkie) wydzielanie cukru, trwa w tym przypadku pięć godzin i osiąga maximum 1·3 gr w trzeciej godzinie.

Badanie cukru wykonane w jednym przypadku po trzech godzinach (tabl. III. przyp. 7) wykazało już tylko 0·144%; hyperglikemia trwa więc dosyć krótko, krzywe cukru krwi i moczu przebiegają wcale stromo z nagłym spadkiem, na co wskazują także i inne przypadki, pomieszczone w niniejszej pracy. W ostatnio wspomnianym przypadku po pierwszej godzinie wynosi zawartość cukru we krwi 0·34%, w moczu 1·2 gr.; po dwu godzinach osiąga ilość cukru w moczu wartość maksymalną 3·41

gr. utrzymuje się w trzeciej godzinie na tej samej wysokości (3·259 gr.), przyczem jednak cukier krwi wynosi tylko 0·144%; w następnej godzinie cukier w moczu już się nie wydziela.

Zbierając możemy więc powiedzieć, że glikemia po adrenalinie zjawia się wcześniej, aniżeli cukromocz.

Pomiędzy zawartością cukru krwi, a wielkością tak godzinnego, jak też i ogólnego wydzielania cukru w moczu nie można wykazać żadnej równoległości; i tak znajdujemy n. p. przy glikemii 0·37—0·38% ilości cukru 1·2 i 2·5 gr., przy zawartości cukru we krwi 0·34% raz 0·9, drugi raz 7·49 gr. w moczu. Ogólnej wydzielonej ilości cukru 8 gramów odpowiada w naszych przypadkach glikemia 0·34—0·37%, 0·24—0·26%; z drugiej strony glikemii 0·34% odpowiada raz ogólna ilość 17·7 gr., w innym przypadku tylko 7·8 gr. cukru w moczu. Przyczyn wykazanego tutaj niestosunku glikemii do cukromoczu można się tylko domyślać. Różnice w wielkości wydzielania wody (diureza) nie mogą tu mieć wcale żadnego znaczenia, gdyż wykazano (Wilenko i inni), że diureza zupełnie nie wpływa na natężenie cukromoczu. Jeżeli pominiemy głębsze zmiany anatomiczne w kłębkach nerkowych, które w naszych przypadkach nie mogą wcale wchodzić w rachubę, to możemy jeszcze myśleć albo o indywidualnie różnej zdolności prawidłowej nerki, która pozwala jej dostosowywać się do nadmiaru cukru we krwi w lepszy lub mniej dobry sposób, albo też o przemijających zaburzeniach (uszkodzeniach) śródbłonków naczyniowych, wskutek czego staje się utrudnionem mimo istnienia znacznej hyperglikemii, przejście do moczu większych ilości cukru; mielibyśmy tu więc do czynienia jakgdyby z przemijającem »uszczelnieniem« nerki. W tym przypadku należałoby jednak przyjąć, że wrażliwość elementów nerkowych jest indywidualnie różna i że dlatego to »uszczelnienie« nerki wywołane obok hyperglikemii może u różnych osobników osiągnąć różny stopień. Przypominam tutaj pracę Wilenki, który wykazał, że przy istniejącym nadmiarze cukru we krwi wielkość cukromoczu jest zależna od czynnościowego stanu elementów nerkowych, który znów zależy od osmotycznego parcia krwi i jej jakościowego składu; już sama hyperglikemia może zmienić zachowanie się komórek nerkowych wobec nadmiaru cukru we krwi. Zwracam wreszcie uwagę na ciekawą pracę Schwarza (14), który na podstawie badań dotyczących wydzielniczej czynności nerki (dla cukru) dochodzi do wniosku, że wielkość cukromoczu nie zależy od nadmiaru cukru we krwi, lecz od ogólnej zawartości cukru w ustroju.

Pozostaje mi wreszcie wspomnieć kilka słów o wydzielaniu cukru w moczu. Jak wynika z tablic, wydzielanie cukru waha się w szerokich granicach, a to od 0·34—19·11 gr. Różnice, napotykane pomiędzy pojedynczymi przypadkami przy jednakowych zresztą warunkach doświadczenia, mogą zależeć — o ile równocześnie i wartości cukru we krwi wykazują odpowiednie różnice — albo od różnej sprawności wchłaniania cukru w jelitach, albo od rozmaitego stanu napięcia we wspólnym układzie nerwowym. O ile zaś w zachowaniu się cukru krwi pomiędzy poszczególnymi przypadkami niema wyraźnej różnicy, to przyczyny niejednakowego wydzielania cukru objaśnić możnaby tak ylko, jak już wyżej wspomniałem omawiając hyperglikemię poadrenalinową.

Wydzielanie cukru rozpoczyna się w 90% przypadków w drugiej połowie pierwszej godziny, jest jednak jeszcze bardzo nieznaczne tak, że z ogólnej ilości wydzielonego cukru wydziela się w pierwszej godzinie:

w 70% przypadków tylko 10 do 30%
» 30% » » 1 » 10%

Nieco inaczej zachowują się te przypadki, którym wstrzykiwano adrenalinę dopiero w godzinę po cukrze; wprawdzie i tutaj 78% przypadków wydzielą w pierwszej godzinie 10 do 30% z ogólnej wydzielonej ilości cukru, pewna ilość jednak (w moim materyale około 20%), a mianowicie te przypadki, w których cukromocz na ogół trwa krótko, wydziela już w pierwszej godzinie 35 do 76% z ilości ogólnej. Objaśnienie tego spostrzeżenia podałem już powyżej (działanie adrenaliny rozpoczyna się dopiero w chwili, kiedy już tylko resztki cukru nie utrwalonego w wątrobie, dopływają z krwią żyły wrotnej).

W drugiej godzinie dochodzi wydzielanie cukru w 82% przypadków grupy I (= DA) a w 100% przypadków grupy II (= D + A) do szczytu; ilości wydzielonego w tym okresie cukru wahają się od 0·25 a 12·9 gr. Przeszło w $^2/_3$ przypadków wydziela się w tym czasie 40 do 60%, w innych przypadkach 60 do 84% z ogólnej wydzielonej ilości. W drugiej grupie, odpowiednio do krótszego na ogół trwania cukromoczu, wydziela się w połowie przypadków podczas okresu maximum 61 do 80% cukru ogólnego. Nadmieniam, że jakichkolwiek dalej idących wniosków, oprócz powyżej już w ciągu niniejszej pracy wspomnianych, z tego zachowania się wydzielania cukru wyciągać nie można.

W końcu zaznaczam jeszcze, że doświadczenia moje w zupełności potwierdzają znane spostrzeżenia (Pick i Pineles, Wilenko, Landau, Falta i inni), że wpływ na wydzielanie cukru i wydzielanie moczu, są to dwie własności adrenaliny zupełnie od siebie niezależne. W doświadczeniach moich nie można wykazać żadnej równoległości między wydzielaniem moczu a cukru, tak co do ogólnych ilości, jako też i wydzielania w pojedynczych godzinach. Zaledwie w 22% przypadków można stwierdzić, że wydzielanie moczu i cukru przebiega jakgdyby równolegle; zresztą szczyt poliuryi bardzo często wyprzedza okres największego wydzielania cukru, czasem zjawia się już wzmożone wydzielanie moczu, zanim jeszcze pojawią się w nim pierwsze ślady cukru, a nie rzadko wzmożone wydzielanie moczu trwa dłużej, aniżeli cukromocz.

Piśmiennictwo. 1) Pollak: Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. Tom 61. 1909. — 2) Frank u. Isaac: Bedeutung des Adrenalins u. Cholins f. d. Erforschung d. Zuckerstoffwechsels. Z. f. exp. Path. u. Ther. Tom 7. 1909. — 3) M. Reichenstein: Księga jubil. dla prof. Cybulskiego, wydana przez Lwowski Tyg. lekarski, 1910. — 4) Landau: Medycyna i Kronika lek. 1913. Zesz. 38 i 39. 1913. — 5) Erlandsen: Biochem. Ztschr. 24. 1910. — 6) Claude i Beaudouin: Le mécanisme de la glycosurie hypophysaire. Cmpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. 73. 1912. — 7) Moeckel i Frank: Ztschr. f. physiol. Chem. Tom 69. Zesz. 1. — 8) Wilenko: Lwowski Tyg. lek. 1911. Nr 17—20.— 9) Lüthje: Münch. med. Woch. 1901. Nr 38. — 10) Tomaszewski: Lwowski Tyg. lek. 1911. Nr 37 i 38. — 11) Külz: Pfl. Arch. 24. 1881. — 12) Bing i Jakobsen: Deutsch. Arch. f. kl. Med. T. 113. Zesz. 5—6. 1914. — 13) Tachau: D. Arch. f. kl. Med. T. 104 i 102. — 14) Schwarz: Ztschr. f. exp. Path. u. Ther. T. 16. — 15) Pick i Pineles: Bioch. Ztschr. 1908. T. 12. — 16) Frank i Isaac: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. T. 64. — 17) Beaudouin: These de Paris 1908. — 18) Frank: Ztschr. f. phys Chem. T. 70. — 19) Wacker: Ztschr. f. phys. Chem. T. 67. — 20) A. Jakobsen: Bioch. Ztschr. 1913. T. 56.

O leczeniu stanu durowatego cholery

podał

Dr W. Bujak,

asystent kliniki chorób dziecięcych.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 16. V. 1917).

Obraz cholery azyatyckiej o średniem natężeniu, a więc nie kończącej się śmiercią w pierwszych dniach choroby, pozwala wyróżnić dwa okresy: pierwszy — to stan zapadu, opanowany przez zaburzenia ze strony narządu krążenia; drugi — okres odczynu — to obraz zatrucia, z wybijającemi się na pierwszy plan zmianami w zakresie oddychania i przytomności. Okres drugi nie jest ostro odgraniczony od pierwszego, lecz rozwija się stopniowo, a mianowicie — jeśli kierować się zmianami oddychania, które uważam za najwięcej znamienne dla tego okresu — między 4. a 5. dniem choroby.

W opisie cholery azyatyckiej główną uwagę poświęca się powszechnie okresowi pierwszemu, natomiast okres odczynu, względnie — o ile chodzi o wyższy jego stopień — t. zw. okres durowaty (stadium comatosum, s. typhoidale) traktowany jest pobieżnie, nawet w dokładniejszych monografiach. Co więcej, opisy tak różnią się w szczegółach, że trudno nabrać wyobrażenia, kiedy pewien zbiór objawów

nazwać durowatym, a kiedy odczynowym. Temu — zdaje się — przypisać należy różnorodność cyfr określających częstość okresu durowatego i jego śmiertelność.

I tak Jochmann podaje śmiertelność okresu durowatego na $^1/_3$ część przypadków; Biegański oblicza śmiertelność na $70^0/_0$, zaznaczając, że »tylko odczyn bezgorączkowy przy zupełnem zachowaniu przytomności i znacznej dyurezie rokuje pomyślnie«. W r. 1893 w jesiennej małej epidemii cholery w Hamburgu ze śmiertelnością ogólną $30{\cdot}5^0/_0$ przeszło połowa przypadków śmierci następowała w śpiączce. Wreszcie Dziewoński stwierdza: »w wybitnym stanie durowatym nigdy nie widzieliśmy zejścia pomyślnego; spostrzegaliśmy też objawy stanu durowatego dość wybitnie u 6 chorych, wszyscy umarli; u 2 zaznaczone, ci 2 wyzdrowieli«.

Z zestawień tych wszakże to napewno wynika, że w ogólnej śmiertelności z cholery stan durowaty uczestniczy poważną liczbą ofiar. Moje doświadczenia osobiste opierają się na około 300 przypadkach, które w r. 1914 i 1915 spostrzegałem w wojskowym szpitalu epidemicznym. Przyjrzyjmy się klinicznemu przebiegowi cholery średniego stopnia:

Wśród pełnego zdrowia lub, co więcej, po kilku dniach słabej biegunki zwiastunnej (diarrhoë praemonitoria) pojawia się nagle wypróżnienie zupełnie płynne, obfite, o barwie bronzowej lub żółtawej, a równocześnie wymioty, których cechą znamienną jest obfitość treści, zawierającej początkowo resztki pokarmów, wkrótce jednak zupełnie wodnistej. Ilość płynu, wydalonego z ustroju drogą wymiocin i biegunki, dosięga w pierwszym dniu choroby kilku litrów, stanowiących według Rogersa $^1/_2$—$^2/_3$ prawidłowej ilości surowicy krwi; Emmerich podaje, że jednorazowe wymioty mogą wynosić $1^1/_2$— 2 litrów płynu.

Utrata tak znacznych ilości wody, i to w sposób gwałtowny, zaznacza się objawami klinicznymi przedewszystkiem w zakresie krążenia: osłabienie tętna, sinica, ziębnięcie kończyn, kurcze mięśniowe, zapadnięcie gałek ocznych, zaostrzenie rysów, utratą elastyczności tkanki podskórnej, »skóra praczek«, bezgłos, wreszcie bezmocz i obniżenie ciepłoty powłok zewnętrznych. Stan taki utrzymuje się około 3 dni, poczem zwykle — o ile chory nie zginie — daje się zauważyć pewna zmiana w obrazie chorobowym: wymioty i biegunka tracą na sile, tętno się poprawia, twarz chorego nabiera barwy czerwonej z odcieniem cynobrowym, a równocześnie pojawia się senność, zamroczenie przytomności, białkomocz i, co najważniejsze zmiana typu oddechowego; w okresie tym uderzającym jest zupełny brak łaknienia. W przypadkach lżejszych objawy po kilku dniach ustępują i chory powraca do zdrowia; w cięższych senność przechodzi w śpiączkę, zamroczenie w zupełną nieprzytomność, niekiedy połączoną chwilowo z majaczeniem, tak że chorzy zrywają się z łóżka; oddechy stają się częstsze i głębsze i przy wybitnie wdechowem ustawieniu klatki piersiowej i rozdęciu płuc (»wielkie oddychanie«), twarz nabrzmiewa i przybiera barwę sino-czerwoną, spojówki ulegają silnemu nastrzykaniu, tętno staje się pełnem i twardem i w takim stanie po kilku dniach chory ginie. Ciepłota w tym okresie zbliża się zwyczajnie do stanu prawidłowego; rzadko tylko w przypadkach, które miałem sposobność spostrzegać, dochodziła stanów podgorączkowych. Obraz ten opisywany jest pod nazwą stanu durowatego (choleratyphoid), a w słabszem natężeniu »okresu odczynowego«.

Wszystkie objawy, cechujące pierwszy okres, zależą głównie od utraty wody. Nawet przypadki t. zw. »cholera sicca«, w której wypróżnienia i wymioty są skąpe, względnie brak ich zupełnie, tłumaczyć można także utratą wody ze względu na to, że jelita cienkie są w tych przypadkach zawsze wypełnione znaczną ilością płynu, który tą drogą ulega wyłączeniu z krążenia. Jeden taki przypadek miałem sposobność spostrzegać. W czasie popołudniowych odwiedzin lekarskich w baraku izolacyjnym, mieszczącym osoby z okolic nawiedzonych przez cholerę, zastałem wszystkich w stanie dobrym; w godzinę później doniesiono mi, że jeden z odosobnionych dostał wymiotów i biegunki. Chorego, który miał tylko jedno nieznamienne wypróżnienie i jeden raz wymioty treścią niezbyt obfitą, zastałem już prawie bez tętna, w zapadzie. Natychmiast zastosowane wlewanie podskórne hypertonicznego rozczynu soli stan o tyle poprawiło, że tętno stało się lepiej napięte, jednak tylko chwilowo, gdyż po 8 godzinach chory zmarł, jakkolwiek ani skutkiem biegunki, ani skutkiem wymiotów nie utracił większych ilości wody. Na sekcyi okazało się, że całe jelita cienkie były wypełnione płynem, którego ilość dochodziła do $2^1/_2$—3 litrów.

Czy do wytłumaczenia objawów okresu pierwszego — obok utraty wody — należy przyjąć działanie jadów bakteryjnych, nie jest stanowczo rozstrzygnięte; w każdym razie utrata wody odgrywa tu pierwszorzędną rolę.

Że w pierwszym okresie cholery dochodzi rzeczywiście do utraty wody w znacznym stopniu, pouczają dawno znane spostrzeżenia, mówiące o suchości tkanek, o zagęszczeniu krwi do tego stopnia, że z przeciętej tętnicy sączy się mazista krew (Diefenbach). C. Schmidt, który przeprowadzał badania w czasie epidemii w Dorpacie (około 1840 r.) znajdował gęstość krwi 1·0728 (prawidłowo 1·0599 wzgl. 1·0503), a surowicy 1·0470 (praw. 1·029 wzgl. 1·0261). Za miarę zagęszczenia krwi mogą też służyć liczby, wskazujące na zwiększenie stałych składników surowicy, jakie podaje Wittstock: $12{\cdot}75$—$16{\cdot}5^0/_0$ (prawidłowo 10—$10{\cdot}5^0/_0$). Również przekonywającym dowodem, świadczącym o zagęszczeniu krwi, jest objaw policytemii względnej, według Biernackiego in maximo 7·625.000 u 30-letniej kobiety w 24 godzin po zachorzeniu.

Jakkolwiek utrata wody z krwi krążącej nie zawsze dosięga ostatecznych granic, przecież liczyć się należy z utratą wody z tkanek, która, przesiąkając do naczyń dla wyrównania ciśnienia osmotycznego, wywołuje odwodnienie tkanek, a tem samem uszkadza czynność komórek.

Obok utraty wody wykazano znaczną utratę soli zwłaszcza alkalicznych. I tak Kletzinsky wykazał, że 1 litr treści jelit w cholerze zawiera 3·5 gr. dwufosforanu sodu; Manfredi znajdował w cholerze zmianę odczynu krwi z zasadowego na kwaśny, a Hayem i Winter zauważyli zmniejszenie się ilości CO_2 w krwi chorych na cholerę.

C. Schmidt tłumaczy proces, odgrywający się w jelitach w ten sposób, iż w chwili napadu ulegają przesiękowi do jelit woda i sole w stosunku 1000:4; w następstwie tego ciecz międzykomórkowa (osocze) odciąga wodę ciałkom krwi, oba te procesy znowu wywołują zwiększenie ilości soli w jednostce objętości zarówno w osoczu, jak i w ciałkach, a zmniejszenie w stosunku do substancyi organicznej. Z powodu niemożebności wyrównania z zewnątrz utraty soli, zmniejsza się ich ilość, wobec czego występują z ciałek do osocza mniej potrzebne połączenia chloru z alkaliami, jako równoważniki dyfuzyjne; względna ilość fosforanów i połączeń potasowych wzrasta kosztem wydalonego chlorku sodu. Utracie sodu przypisuje Biernacki zmniejszenie się zasadowości krwi, a odwodnienie odnosi w pierwszym rzędzie do tkanek, z których krew może do pewnego stopnia uzupełniać utraconą wodę.

Wreszcie nadmienić należy, że najwyższe wartości amoniaku w moczu spostrzegano w cholerze poza cukrzycą. Amoniak w warunkach takich, jakie stwarza cholera, a więc tam, gdzie jego wzmożenie nie może zależeć od jakości pokarmów, jest pewnym wskaźnikiem zatrucia kwasowego (acydozy) ustroju. Jak wiadomo, kwasy, czy to powstałe w przemianie pośredniej, czy też wchłonięte od wewnątrz, zostają zobojętniane w głównej mierze przez Na i K (zasady stałe), w drugim rzędzie NH_3. Jeśli produkty kwaśne zostają zobojętnione w jelicie przez zasady z pokarmów, lub jeśli ustrój traci zasady drogą jelit przez biegunkę, wówczas w moczu zwiększa się tylko NH_3; o ile jednak wprowadzić do ustroju większe ilości kwasu, wówczas

w moczu zwiększa się obok NH_3 także ilość Na i K, jak wykazał Biernacki i Limbeck co do kwasu mlecznego.

Przytoczone spostrzeżenia wskazują, że okres odczynowy, wzgl. stan durowaty musi pozostawać w związku z zatruciem kwasami, a uznanie tego faktu staje się tem konieczniejsze, że cały obraz chorobowy w tym okresie łudząco przypomina stany, które rozwijają się niewątpliwie na tle zatrucia kwasowego.

Wymienię tu na pierwszem miejscu doświadczalne zatrucie kwasami. Kwasy nieorganiczne rozcieńczone, jak wykazał Walter, ulegając wessaniu, zużytkowują do zobojętnienia zasady krwi i amoniak. Zanim jednak wszystkie zasady ulegną związaniu, następuje u królików śmierć, skutkiem porażenia ośrodków naczynioruchowych i oddechowych; jeszcze w agonii dają się zwierzęta uratować przez wstrzyknięcie sody śródżylnie.

Typowy przypadek zatrucia kwasowego, wywołanego wypiciem kwasu siarkowego stężonego w celach samobójczych, opisuje Marchand. W $1^1/_2$ godziny po zamachu samobójczym chory okazywał nieprzytomność, silne zaczerwienienie twarzy, sinicę, niepokój ruchowy, zwolnienie tętna, oddychanie dusznościowe. W przypadku tym dożylne wlanie 300 cm^3 $5^0/_0$ sody przywróciło szybko przytomność i usunęło niebezpieczeństwo dla życia. Analizując bliżej opisany przypadek i śpiączkę cukrzycą dochodzi Marchand do wniosku, że objawami zatrucia kwasowego są: niepokój ruchowy, bezprzytomność i sinica, zależna od zaburzeń w oddychaniu pochodzenia ośrodkowego.

Na te zaburzenia oddychania zwraca szczególną uwagę A. Czerny, rozpatrując zmiany oddychania pod wpływem zatrucia kwasami: przerwa po każdym wydechu staje się coraz dłuższą w późniejszym okresie zatrucia, tak że przez to oddychanie wyraźnie wolnieje i dochodzi u osesków 10—12 na minutę; wdech przytem bywa krótki i ziający (»schnappend«); u królików zatrutych kwasami stwierdził Czerny doświadczalnie podobne zmiany oddychania, przyczem w okresie pierwszym występuje tylko duszność; a w późniejszym, przedśmiertnym, oddychanie przerywane. Podobnie i w t. zw. cholerynie dziecięcej, obok innych zmian, jedną z najbardziej znamiennych stanowi zmiana typu oddechowego, polegająca na pogłębieniu wdechów, nadającem cechę »oddychania wielkiego«.

Tak więc w spiączce cukrzycej, cholerynie dziecięcej, a więc w stanach niewątpliwego zatrucia kwasowego, spotykamy tę samą zmianę, która daje się zauważyć przy otruciu kwasami i która także wybija się na pierwszy plan w II okresie cholery, obok zaburzeń przytomności.

Opierając się na tych wspólnych cechach, musi się dojść do przekonania, że podstawą stanu durowatego cholery jest zatrucie kwasami. Że tak jest, przemawiają za tem i inne spostrzeżenia, zwłaszcza wskaźnik amoniakalny w moczu: w śpiączce cukrzycej i w cholerze znajdowano najwyższe wartości NH_3, w cholerze 15—$30^0/_0$ ogólnego N, w śpiączce cukrzycej 10—$25^0/_0$, wyjątkowo 65—$67^0/_0$ (w. Noorden).

W stanie, podobnym do cholery azyatyckiej, w cholerynie dziecięcej, stwierdzano do $49^0/_0$ NH_3. Obok tego wykazano w stanach tych kwaśność tkanek za pomocą metod barwnych (Rott, Tugendreich).

(Dokończenie nastąpi).

Choroby weneryczne w Legionach

podał

Dr Jan Stopczański,

lekarz pułkowy 6 pułku Legionów,

b. asystent Kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

Wykład na I. Zjeździe polskiej medycyny wojennej d. 2. lutego 1917 w Warszawie.

Nasze legiony aż do ostatnich miesięcy drugiego roku obecnej wojny były rozdzielone. Jedna połowa walczyła na Węgrzech, w Galicyi wschodniej, później na Bukowinie i Bessarabii. Druga część w walkach przechodziła ten czas w Królestwie i Galicyi zachodniej. Gdy utworzyła się trzecia brygada w lecie r. 1915 i złączyła się w walkach na Wołyniu z pierwszą brygadą, jeszcze druga brygada przez kilka miesięcy pozostawała na froncie wschodnim. Różnice w warunkach życia i pobytu musiały także zaznaczyć się w rodzaju i ilości chorób wśród naszego wojska, tem wybitniejsze musiały być te różnice w chorobach wenerycznych, które zależą tak bardzo od stykania się wojska z ludnością. W pierwszym roku wojny legioniści drugiej brygady, chorzy wenerycznie, dostawali się do szpitali w różnych miastach węgierskich, jak Debreczyn, Koloszwar i t. d. Dokładnej ewidencyi chorych tam leczonych nie można wówczas było mieć. Ilość zakażeń chorobami wenerycznemi w różnych oddziałach broni i pułkach była różna, zależnie od miejscowych warunków. Ponieważ przechodziłem kampanię jesienną i zimową r. 1914 w Karpatach w pułku drugim, a następnie byłem przydzielony do kadry artyleryi, rok zaś 1915 i 1916 w pułku szóstym na Wołyniu i Polesiu, miałem sposobność poczynić w tym kiernku różne spostrzeżenia. Pułk drugi, rozpocząwszy walki na Węgrzech w jesieni r. 1914 w pobliżu miasta Marmarosz-Sziget przebywał w okolicach zaludnionych. Wśród ludności tych okolic, tworzącej mieszaninę Węgrów, Rusinów, Rumunów i Żydów, choroby weneryczne są bardzo rozpowszechnione. W oddziałach jednak liniowych pułku, zajętych, bądź ciągłemi walkami i marszami, bądź wyczerpującą służbą na zajętych pozycyach, przypadki zakażenia wenerycznego bardzo rzadko się trafiały. To samo mogłem zauważyć, gdy pułk został przeniesiony na inny odcinek frontu na krótki wprawdzie czas, bo od 1. do 10. grudnia r. 1914, a mianowicie na Huculszczyznę w okolicę Żabiego, gdzie Wydział krajowy Galicyi stworzył osobny szpital dla zwalczania chorób wenerycznych, grasujących wśród tamtejszej ludności. Stamtąd pułk drugi przeniesiono znowu na Węgry na pozycye górskie około Ökörmezo. Podczas miesięcznego tamże pobytu pułku, widziałem kilka zaledwo zakażeń wiewiórem i kilka wrzodów miękkich. Pułk szósty, wyruszywszy w jesieni r. 1916 z Kowla, w szybkim kilkudniowym pochodzie dostał się nad Styr, w okolice prawie zupełnie ludności cywilnej pozbawione. Gdy po początkowych walkach w późnej jesieni pozycye się ustaliły, resztę ludności cywilnej na przestrzeni między Styrem a Stochodem ewakuowano. Dlatego też w pułku, nie mającym możności stykania się z ludnością, przypadków zakażenia wenerycznego, nabytego na miejscu, nie spotykałem. Rzadko trafiały się przypadki chorób wenerycznych u wracających z urlopu. Zwykle dotyczyło to tych, którzy przed końcem urlopu ulegli zakażeniu, objawy zaś zakażenia występowały po powrocie do pułku. Gdy w marcu r. 1915 zostałem przydzielony do kadry artyleryi, stacyonowanej w Marmarosz-Sziget, mogłem się naocznie przekonać o różnicy rozszerzania się chorób wenerycznych wśród wojska, znajdującego się na linii, a w oddziałach, znajdujących się poza frontem. Kadra artyleryi, licząca około 300 ludzi, dostarczała tak obfitego materyału w chorobach wenerycznych, że musiałem urządzić oddzielne ambulatoryum i przynajmniej godzinę dziennie poświęcać na badanie i leczenie wenerycznie chorych.

Podobnie wyglądają stosunki pod tym względem i w armii austryackiej. Według doniesienia Komendy IV armii z 18. czerwca r. 1916 ilość zakażeń chorobami wenerycznemi w oddziałach, stojących na froncie, wynosiła 3:1000 miesięcznie. Znacznie natomiast silniej rozszerzały się choroby weneryczne w oddziałach pozafrontowych. Dlatego Komenda armii zwraca uwagę na przeprowadzenie regularnego badania tajnych i jawnych prostytutek odsyłanie przymusowe zakażonych kobiet do szpitala.

Szpital	Rok	Lues						
		I. Brygada	II. Brygada	III. Brygada	Artylerya	Kawalerya	Oddziały tyłowe	Razem
Piliscsaba	1914	.	10	.	.	.	.	10
Királyhida	»	.	2	.	.	.	1	3
Grac	»	2	2	.	.	.	.	4
Kolozsvár	»	2	4	.	.	.	.	6
Razem w roku	1914	4	18	.	.	.	1	23
Jarosław	1915	2	.	.	.	.	.	2
Kraków	»	6	3	7	1	4	4	25
Rezerwowy Legionów Polskich	»	14	25	28	6	5	4	82
Ołomuniec	»	1	4	1	.	.	2	8
Kęty	»	.	.	.	.	.	.	.
Chełm	»	.	2	1	.	1	1	5
Rzeszów	»	.	1	.	.	.	.	1
Przemyśl	»	.	1	.	.	.	.	1
Cieszyn	»	.	.	.	.	.	1	1
Piliscsaba	»	.	10	.	.	.	.	10
Királyhida	»	.	2	.	.	.	1	3
Steinberg	»	.	1	.	.	.	.	1
Grac	»	1	.	.	.	.	.	1
Szeged	»	.	2	.	.	.	.	2
Kolozsvár	»	.	10	.	.	.	.	10
Nagyszeben	»	.	2	.	.	.	.	2
Piotrków	»	2	1	3	.	1	.	7
Razem w roku	1915	26	64	40	7	11	13	161
Jarosław	1916	19	19	14	12	9	3	76
Kraków	»	7	12	14	2	6	2	43
Rezerwowy Legionów Polskich	»	18	25	17	17	.	5	82
Ołomuniec	»	3	3	3	.	.	.	9
Chełm	»	.	2	1	.	1	1	5
Przemyśl	»	2	1	.	.	.	.	3
Weisskirchen	»	.	3	.	.	.	.	3
Varamio	»	.	.	.	.	.	.	.
Rzeszów	»	.	.	2	1	2	.	5
Piliscsaba	»	.	2	1	.	1	.	4
Steinberg	»	1	2	1	.	.	1	5
Razem w roku	1916	50	69	53	32	19	12	235
Ogólna		80	151	93	39	30	26	419

Gonnorhoea							Ulcus molle						
I. Brygada	II. Brygada	III. Brygada	Artylerya	Kawalerya	Oddziały tyłowe	Razem	I. Brygada	II. Brygada	III. Brygada	Artylerya	Kawalerya	Oddziały tyłowe	Razem
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	3	.	.	.	.	4	.	1	.	.	.	.	1
.	5	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.
1	8	.	.	.	.	9	.	1	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.
4	6	10	1	2	.	23	4	3	7	3	1	2	20
22	27	27	3	7	8	94	11	15	14	10	5	12	67
7	8	2	.	.	2	19	1	1	.	1	.	.	3
8	1	.	1	.	.	10	.	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
2	.	.	.	1	.	3	.	.	.	.	.	.	.
3	1	1	.	.	1	6	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	5	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	2	2	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
.	5	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.
.	5	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	1	2	6	.	.	.	.	.	.	.
50	59	41	5	11	16	182	16	19	21	14	6	14	90
10	17	16	7	11	3	64	1	1	.	.	3	1	6
20	20	9	11	7	6	73	16	6	9	1	1	3	36
69	60	72	38	9	132	380	8	5	4	3	.	8	28
4	7	2	.	.	2	15	.	.	.	.	.	.	.
4	3	1	1	.	.	9	.	.	.	.	.	.	.
3	1	1	.	.	1	6	.	.	.	.	.	.	.
1	2	.	.	.	.	3	2	.	.	.	.	.	2
.	4	.	3	.	.	7	.	.	.	.	.	.	.
2	1	.	.	.	.	3	2	.	1	.	.	.	3
1	3	2	.	1	.	7	.	.	.	.	.	.	.
1	1	3	.	.	.	5	.	.	1	.	.	.	1
115	119	106	60	28	144	572	29	12	15	4	4	12	76
166	186	147	65	39	160	763	45	32	36	18	10	26	167 (1405)

Do doniesienia dołączony jest wzór przepisów sanitarno-policyjnych, do jakich prostytutki pod grozą kary stosować się mają.

Mały oddział skórno-weneryczny naszego szpitala rezerwowego powstał w Kamieńsku dopiero na wiosnę r. 1915. Oddział ten, w którym pracowałem przez szereg tygodni, znajdował się w dawnym budynku ochronki rosyjskiej. Warunki pracy były tam ogromnie trudne, gdyż oddział nie miał ani w części tego wyposażenia, jakim rozporządzają tego rodzaju zakłady specyalne. Pomieszczenie tego oddziału nie było także odpowiednie. Dlatego mając ogromną stosunkowo liczbę chorych, bo przeszło stu dziennie, oddział ten funkcyonował tak tylko do jesieni, poczem przesłano chorych do szpitala wojskowego w Przemyślu. Po przeniesieniu oddziału wraz ze szpitalem rezerwowym do Kozienic, przyjmowano ograniczoną ilość chorych. Pozostawiano w leczeniu tylko lżej chorych, potrzebujących krótkiego czasu leczenia, innych zaś odsyłano do szpitali wojskowych austryackich. Pomimo tego oddział ten wykazuje za czas od 1. czerwca 1915 do 6. stycznia r. 1917, 631 chorych. Wśród tych leczyło się na kiłę 137, na wrzody miękkie 159, na wiewiór 335. Przeważna zatem większość legionistów chorych wenerycznie leczyła się w szpitalach wojskowych austryackich.

Największy jednak odsetek zakażeń wenerycznych naszych legionistów odnosi się do głębi kraju, gdzie podczas urlopów nabawiają się chorób wenerycznych. Wielu z nich, mając objawy choroby, jeszcze w ciągu urlopu zgłasza się do miejscowego szpitala. To samo spotykano w armii austryackiej, w której ogółem przyrost tygodniowy zakażeń wenerycznych podniósł się do 2:1000, a więc powiększył się podwójnie w stosunku do czasów przedwojennych.

Dlatego austryackie ministerstwo wojny wydało w lipcu 1916 szereg rozporządzeń podających: 1) Sposoby zwalczania chorób wenerycznych podczas wojny. 2) Utrzymanie ewidencyi chorych wenerycznych w wojsku. 3) Wskazówki leczenia chorych wenerycznych należących do wojska podczas wojny. 4) Wskazówki co do chorych wenerycznych należących do wojska na wypadek demobilizacyi.

Na podstawie rozporządzenia o ewidencyi chorych wenerycznych zaprowadzono u nas rzecz nową, bardzo pożyteczną, chociaż i bardzo spóźnioną. Mianowicie każdy szpital, leczący chorych wenerycznych, ma sporządzać dwa odpisy kart pobytu chorego w szpitalu, zawierających oprócz rozpoznania również przebieg choroby i leczenie. Jeden z tych odpisów dostaje kadra, drugi zaś lekarz oddziału, do którego chory po wyleczeniu przychodzi. W ten sposób lekarz oddziału ma wszystkich wenerycznych w ewidencyi i jest obowiązany co pewien czas ich stan kontrolować.

Ma to bardzo ważne praktyczne zastosowanie dla tych, którzy znajdują się w okresie kiły utajonej. Według przepisów o leczeniu lekarze oddziałów wojskowych są obowiązani nietylko wysyłać chorych z nawrotem do szpitala rezerwowego w Przemyślu, ale również mają obowiązek wysyłać do powtórnego leczenia ludzi nawet bez objawów choroby, którzy jednak są 4—5 miesięcy po pierwszem leczeniu.

Na podstawie tych kart ewidencyjnych znajdujących się w komendzie grupy, jako kadrze legionów, mogłem zebrać pewne dane statystyczne co do rozszerzania się chorób wenerycznych w naszem wojsku legionowem. Wypadła za 2 lata i 5 miesięcy cyfra 1405 chorych. Zdawałoby się, że to cyfra duża, jednak, jeżeli obliczymy stosunek procentowy, nie wypada to zastraszająco, gdyż wtedy przedstawia się nie gorzej, w każdym razie, niż w armii austryackiej.

Leczeniem naszych chorych zajmowało się 17 szpitali. Największa liczba szpitali przypada na pierwszy rok wojny, kiedy oddziały legionowe znajdowały się także i na Węgrzech. W ostatnim roku koncentrowały naszych chorych szpitale w Krakowie, w Przemyślu i w Jarosławiu.

Z cyfry 1405 chorych, 1349 wypada na żołnierzy, a 56 na oficerów.

Kiły było w tem 444 przypadków, z tego 419 u żołnierzy, 25 zaś u oficerów.

Co do okresów kiły, to najsilniej zaznacza się nawrót w ilości 205 przypadków, wrzodów pierwotnych było 125, kiły świeżej 189.

Co do liczby leczonych, to wypada na rok 1916 najwięcej, bo 920, natomiast na rok 1915 prawie o połowę mniej, bo 452. Przyczyną tego jest to, że dopiero w lecie z 1915 powiększyły się legiony o jedną brygadę i zarazem dokładniejszą była ewidencya w ostatnim roku. Z tego też powodu wypada za 5 miesięcy r. 1914 bardzo mała cyfra 33 chorych.

Dla wykrywania chorych wenerycznych stosuje się w oddziałach legionowych co pewien czas, najwyżej co 10 dni, badanie wszystkich, znajdujących się w liście prowiantowej oddziału. Oprócz tego każdy przyjeżdżający lub wyjeżdżający na urlop powinien być badany.

Oględziny te, o ile pułk znajdował się na pozycyi, starałem się robić najdokładniej. Zależy bowiem na tem, aby nie ograniczać badania tylko do obejrzenia skóry i części płciowych, ale również konieczne jest dokładne obejrzenie błon śluzowych, jamy ustnej i odbytnicy. Chociaż bowiem przy tych badaniach wyjątkowo znajdowałem ukrywającego się z ową chorobą, to znowu miałem wypadki, gdzie badany o swej chorobie nic nie wiedział. Zazwyczaj odnosiło się to do leczonych w szpitalach wojskowych węgierskich. Tam u chorego tego rozpoznano wrzód miękki i po zagojeniu wrzodu chory został ze szpitala wypuszczony.

W wojsku nabierają takie przypadki znaczenia nietylko przez zaniedbanie choroby na długi okres czasu. Chodzi tu jeszcze o zmiany zakaźne na błonach śluzowych. Przeniesienie może nastąpić przez używanie tego samego naczynia do picia i jedzenia, a szczególnie łatwo w orkiestrach przy używaniu tych samych instrumentów dętych, jak flety, trąby i t. d.

Jeszcze znacznie więcej, niż w innych chorobach, uczuwaliśmy przez cały ciąg dotychczasowej wojny brak naszego szpitala dla chorych wenerycznych. Dopiero w ostatnich miesiącach z kart szpitalnych dowiadywaliśmy się o pewnej tylko części naszych chorych, jak ich leczono i gdzie leczono.

Brak jednolitej obserwacyi, brak poznania poprzedniego leczenia musiał być u naszych biednych chorych przyczyną bardzo wielu ciężkich przewinień. Jedyne też wyjście z tego położenia widzę w powstaniu należycie urządzonego szpitala wenerycznego. Szpital taki, prowadzony przez fachowców, wyposażony w wszelkie środki według obecnych wymogów nauki, byłby najważniejszym sposobem ratunkowym w walce z chorobami wenerycznemi wśród naszego wojska. Oprócz tego nie można pominąć ważnego wpływu psychicznego, jaki wywiera na naszych chorych pomieszczenie w szpitalach obcych, otoczeniem i językiem. Chorzy czują się jak w więzieniu. Przy braku lektury przejmuje się myślami o swej chorobie i szybko dochodzi do przekonania, że ona jest nieuleczalną. Wpływ ten musi osłabiać układ nerwowy i ułatwiać późniejszy postęp choroby w tym kierunku.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 23 maja 1917.

(Dokończenie).

b) Kol. prof. Kader: Gruźlica chirurgiczna stanowi w całej omawianej sprawie zupełnie odrębny dział przez to, że obejmuje ona formy dostępne bezpośredniemu działaniu leczniczemu. Doszczętne usunięcie gruźliczego ogniska wzmacnia zawsze odporność ustroju nawet przeciwko innym ogniskom gruźliczym, w danej chwili w ustroju osiadłym. Klasycznym przykładem tego jest fakt samoistnego cofania się gruźlicy pęcherza po usunięciu gruźliczej nerki, polepszania się stanu płuc w miarę ustępowania gruźlicy n. p. kończyn, leczonej chirurgicznie. Gruźlica chirurgiczna jest groźniejsza i niebezpieczniejsza dla otoczenia, niż gruźlica płuc. Chory, o ile chodzi o kończyny lub kręgosłup, jest od pierwszej chwili zachorowania kaleką, potrzebującym cudzej pomocy. Nieleczona chirurgiczna gruźlica przebija się w przeważnej części przypadków na zewnątrz, rany wydzielają bardzo duże ilości ropy, zakażającej odzież, pościel, bieliznę, podłogę i t. d. Uniknięcie zakażenia otoczenia jest w tych przypadkach znacznie trudniejsze, a w życiu codziennem domowem klasy mniej zamożnej wprost niepodobieństwem. Gruźlica chirurgiczna w przebiegu swoim jest stałą męczarnią kaleki fizycznego. Chory taki traci od pierwszej chwili możność kształcenia się względnie zarobkowania. W dużej ilości przypadków można jednak uzyskać leczniczo daleko więcej, niż w gruźlicy płuc. W pierwszej linii wchodzi tu w grę leczenie chirurgiczne o typach zarówno zachowawczych, jak i bardziej czynnych; potem leczenie klimatyczne, nasłonecznianie, dobre (nie za forsowne) odżywianie się.

Konieczne jest połączenie ruchu całego ustroju w celu podniesienia przemiany materyi i sprawności całego ustroju i unieruchomienia chorej części (kończyny, kręgosłupa i t. d.) przez ustalające opatrunki i przyrządy. Przyrządy te mają na celu jeszcze utrzymanie kończyn we właściwem położeniu. Nasłonecznianie, leczenie klimatyczne i t. d. jest tylko uzupełnieniem, ale nigdy podstawą leczenia gruźlicy chirurgicznej. Głównym czynnikiem jest jak największa czystość powietrza i brak pyłu, dużo słońca. Zbyt gorący klimat nie należy do czynników dodatnich. Gdzie można, należy stosować pewne hartowanie i mierną pracę fizyczną, wzgl. ruch. Mowca uważa warunki nad morzem za korzystniejsze, niż w górach. Brzegi morskie z dużemi wydmami (Düne) i piaskiem miotanym przez wiatr, są nieodpowiednie. Najlepsze są brzegi o średniej plaży piaskowej z otoczeniem lesistem.

Gruźlica chirurgiczna należy do bardzo częstych schorzeń u dzieci i osób dorastających; rzadziej występuje u starszych, u tych głównie w formie gruźlicy jelit i nerki. Na krakowskiej klinice w oddziale ambulatoryjnym gruźlica chirurgiczna stanowi od 15—35% ogółu chorych; wprost przerażająca liczba. $^2/_3$ tych przypadków zgłasza się już zapóźno. Zaledwie $^1/_3$ część, t. j. mniejwięcej 12% ogółu zgłaszających się do kliniki, są to chorzy na gruźlicę, którym można jeszcze pomódz i wielu z nich wyleczyć. Średnio 10 chorych zgłaszało się do kliniki dziennie z gruźlicą chirurgiczną. Mowca założył bezpośrednio po objęciu kliniki chirurgicznej osobne ambulatoryum dla gruźliczych i stworzył mały warsztat dla wyrobu przyrządów do leczenia gruźlicy. Oddział ten prowadził osobny lekarz, oddział ten istniał bez żadnej pomocy ani ze strony rządu, ani ze strony kraju. Lekarze pracowali w nim bez wynagrodzenia. Z pośród tych, którzy tam bezinteresownie pracowali, uważa K. za obowiązek wymienić Dr Michała Kirkora, A. Kasprzyckiego, M. Epsteina i R. Trzebickyego. Ś. p. Kirkor zaraził się gruźlicą, z powodu której niestety przedwcześnie zmarł. W ciągu ostatnich czterech lat przed wojną leczono w zakładzie 1121 chorych, z tego było 440 ciężkich form gruźlicy kostnej, w tem z górą 70% gruźlicy kręgosłupa, stawu biodrowego i kolanowego, t. j. przypadków, przykutych do łóżka i zależnych najzupełniej od otoczenia. Średnia długość leczenia wynosiła mniej więcej 5 lat przy leczeniu gruźlicy kręgosłupa, 4—5 lat stawu biodrowego. Stosowano metodę skombinowaną, możliwie konserwatywną co do zachowania kończyny, względnie doszczętną co do ogniska chorobowego. Wyniki były dobre. Ścisłych cyfr podać K. nie może. Odsetek wyleczonych waha się jednak od 20 do 50% — ogromna cyfra. Klinika chirurgiczna krakowska jest parodyą kliniki: 44 łóżka, opłacane przez rząd z budżetem, teoretycznie wyznaczonym na 10 miesięcy roku kalendarzowego; wystarczał on zaledwie na 9, a przez szereg lat na $7^1/_2$ do 8 miesięcy. Przez resztę czasu klinika, a z nią i oddział gruźliczy nie były czynne. Chorzy na gruźlicę chirurgiczną wymagają jednak stałej opieki lekarskiej przez długi szereg lat i muszą mieć każdej chwili możność zmiany przyrządu opatrunku ustalającego, poddania się zabiegowi operacyjnemu i t. d. Warunki te składały się na to, że o 50% naszych chorych ambulatoryjnych nie posiada się żadnych bliższych szczegółów. Ambulatoryum utrzymywało się z własnych środków. Zamożniejsi chorzy opłacali koszta leczenia za biedniejszych. Wogóle byli to jednak chorzy z klas najmniej zamożnych. Zakład gruźliczy przy klinice był pierwszym tego rodzaju zakładem w kraju; mały warsztat przy zakładzie, również pierwszy w kraju, ma doskonałego mechanika, który pracuje niemal zadarmo.

K. uważa za wskazane: 1) Utworzenie oddziału przy klinice chirurgicznej. Na początek około 50—60 łóżek wystarczyłoby przy możności rozrośnięcia się do stu kilkudziesięciu. Tu załatwianoby część operacyjną i leczenie główne pooperacyjne, robienie modeli i przyrządów, leczenie wyciągami i t. d. 2) Utworzenie niedaleko od Krakowa w miejscowości wolnej od pyłu, lesistej, takiego samego lub większego oddziału dla leczenia dalszego, bardziej klimatycznego dla chorych nie potrzebujących ściślejszego leczenia specyalnego. Przy pierwszym z tych zakładów musiałby być dobry warsztat z mechanikiem i kilkoma robotnikami. Musiałby stać pod kierunkiem dyrektora kliniki, mieć na każde 20—25 chorych jednego lekarza i posiadać dostateczną ilość personalu pielęgniarskiego. Dział operacyjny mógłby być załatwiony częściowo w sali operacyjnej kliniki, częściowo w własnej salce operacyjnej. Poza tem potrzebneby były kąpiele, sztuczne słońce, werandy, dwie do trzech salek izolacyjnych, ogród i t. d. Przy drugim zakładzie ilość lekarzy mogłaby być mniejsza, robotnik lepszy, umiejący wykonywać drobne naprawki przyrządów. Tu musiałoby być wszystko, co złączone jest z leczeniem klimatycznem. Tu powinienby być także oddział dla takich dzieci, które mogłyby być ze stanowiska lekarskiego leczone poza zakładem, ale nie znajdują w domu dostatecznej opieki. Dzieci potrzebujące zabiegów chirurgicznych, zmian przy starych lub zupełnie nowych przyrządów odsyłałoby się na kilka dni do pierwszego zakładu. Zakład drugi powinienby być daleko od wszelkiego pyłu i kurzu i tak urządzony, by w jaknajprędszym czasie i jaknajłatwiej można było uskuteczniać wymianę chorych między jednym a drugim zakładem. Drugi zakład pod względem leczniczym powinienby być filią pierwszego. Na początek proponuje prof. K. na drugi zakład Rabkę. Samo się przez się rozumie, że zakłady musiałyby być otwarte przez cały rok. Rzeczą dalszych starań byłoby utworzenie przy drugim zakładzie szkół ogólnych i fachowych, ewentualnie w postaci warsztatów robotniczych. Zakłady takie uchroniłyby wielu chorych od kalectwa na całe życie i społeczeństwo pozbyłoby się troski i opieki nad nimi. Niebezpieczeństwo zakażenia odpadłoby. Ręce zajęte w rodzinie opieką nad tymi dziećmi oswobodziłyby się dla pracy więcej produktywnej. (Streszczenie własne).

c) Kol. Lang nawiązując do referatu kol. Bujaka rozszerza wnioski praktyczne, z jego wykładu płynące. Omawia pokrótce leczenie gruźlicy wieku dziecięcego w letniskach lub zdrojowiskach, zależne od postaci i nasilenia choroby. Zaznacza, że miejscowe leczenie gruźlicy chirurgicznej, o ile nie jest poparte terapią ogólną (klimatyczną, dyetetyczną, zdrojową) rzadko wiedzie do pożądanych czynników. Dzieciom, dotkniętym gruźlicą płuc, beznadziejnie chorym, należy zapewnić przytułek i opiekę. Dzieci takie są ciężarem dla biednych, a często licznych rodzin i rozsadnikami zakażenia. Jeśli ich wyleczenie jest niemożliwe, to mają one prawo bodaj do pewnych wygód i entanazyi. Trzeba się niemi zaopiekować tak ze względów humanitarnych, jak i sanitarnych. Tą kategoryą chorych dzieci ani rząd, ani kraj się nie zajmuje. Jeśli się trzymamy ściśle przepisów, to niema dla nich miejsca w szpitalach. Są to przypadki przewlekłe, zajmujące łóżka na długie czasy. Mowca popiera gorąco kol. Bujaka, by przy urządzaniu zakładów na Prądniku pamiętano także o pomieszczeniu dzieci, ciężką gruźlicą dotkniętych. Wreszcie możnaby na ten cel utworzyć w pobliżu miasta bodaj barakowy szpital. (Streszczenie własne).

d) Kol. Michałowicz sądzi, że akcyę, zapobiegającą szerzeniu się gruźlicy trzebaześrodkować w szkołach. Na początek należy zająć się szkołami średniemi, ponieważ te szkoły mają inteligentniejszy i podatniejszy do akcyi zbiorowej materyał. Mowca propaguje myśl s t w o r z e n i a p r z y k a ż d y m z a k ł a d z i e k o l o n i i l e t n i e j, j a k o w ł a s n o ś c i z a k ł a d u. Zbieranie funduszów powinno być prowadzone pod hasłem »młodzież sama sobie«. Fundusze powstają drogą 20-halerzowej składki, uiszczanej co tydzień. Gimnazyum, mające 500 uczniów, mogłoby w ciągu 40 tygodni zebrać 4.000 kor., w ciągu 5 lat gimnazyum zebrałoby 20.000 kor. Za zebrane pieniądze gimnazyum musiałoby przedewszystkiem nabyć w najbliższej okolicy kawał gruntu i wystawić letnie baraki. Plan ten może być urzeczywistniony wcześniej, jeżeli przy każdem gimnazyum zawiąże się pod kierunkiem profesorów towarzystwo, które będąc jednostką prawną nawiąże stosunki z bankami, uzyska prawo pożyczek, hipotek i t. p. Na ewentualny zarzut, że akcya była już podejmowaną w szkołach średnich w postaci składek na kolonie letnie, mówca odpowiada, że nie chodzi mu wcale o działalność filantropijną, lecz o akcyę opartą na samopomocy i na szlachetnej konkurencyi jednego zakładu z drugim. Każdy zakład powinien starać się rozszerzać tak swoją kolonię letnią, by przez nią mogła przejść większa część jego uczniów. W ten sposób rok szkolny rozpadłby się na 2 części. Jedna część roku szkolnego byłaby poświęcona nauczaniu, druga wychowaniu i to w najlepszych warunkach, bo na łonie natury. Rozwój i ukrajowienie gimnazyalnych kolonij letnich wymagałoby oczywiście przygotowania odpowiedniego ciała pedagogicznego i stworzenie na tej niwie kierowników. W szczegóły mowca nie zapuszcza się, ponieważ stanowią one głębszą kwestyę; podkreśla natomiast, że rozpoczęta w celu zwalczania gruźlicy akcya tego typu dałaby początek nowej erze w życiu szkół średnich.

d) Kol. Ciechanowski prostuje mylny pogląd, jakoby ze względu na niebezpieczeństwo szerzenia się choroby miała gruźlica chirurgiczna pod względem społecznym większe znaczenie od gruźlicy płuc i ostrzega przed jednostronnym naciskiem na drobne stosunkowo i podrzędne szczegóły akcyi przeciwgruźliczej. Następnie zaznacza, że sprawa kolonii wakacyjnych dla szkół średnich, podjęta w Galicyi już przed 14 laty (z inicyatywy prof. Lekszyckiego) i dobrze się przed wojną rozwijająca,

od początku była oparta na zasadzie, »młodzież sama sobie«.

W końcu streszcza kol. Ciechanowski krótko rozprawy, dziękuje referentom imieniem Towarzystwa i proponuje przekazanie wszystkich zgłoszonych wniosków Komisyi, do której zostali wybrani kol. Bujak, Ciechanowski, Godlewski, Janiszewski, Kader, Latkowski, Lang.

Posiedzenie w dniu 13. czerwca 1917.

Przewodniczy wiceprezes kol. Lang. Obecnych członków 52.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przewodniczący udziela głosu kol. Janiszewskiemu, który wskazując na uchwały Towarzystwa z dnia 17. stycznia 1917 podnosi, że Koło polskie przeszło do porządku dziennego nad wnioskiem utworzenia ministerstwa zdrowia publicznego w Polsce, przedstawionym przez wszystkie instytucye krajowe lekarskie. Obecnie zajmie się Koło polskie narzuconym projektem utworzenia takiego ministerstwa dla państwa austryackiego. Ze skąpych danych, umieszczonych w pismach codziennych, co do zakresu działania proponowanego ministerstwa widać, że ministerstwo to zajmie się polityką ludnościową i ubezpieczeniem społecznem, co jest i bardzo ważne i konieczne, a co zgadza się w zupełności z projektem, dołączonym do pisma Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jedna sprawa pozostaje niewyjaśniona, mianowicie, kto staje na czele tego ministerstwa, lekarz czy prawnik? Wychodząc z założenia, że sprawami lekarsko-społecznemi zarządzać może tylko lekarz i że ministerstwo, na czele którego nie stałaby siła fachowa, byłoby poronionym płodem, powinno Towarzystwo lekarskie zwrócić się do Koła polskiego z prośbą o energiczną interwencyę w tym kierunku, by żądania wszystkich bez wyjątku sfer miarodajnych, stawiania na czele wszelkich urzędów sił fachowych, więc na czele ministerstwa zdrowia publicznego lekarza, stało się zadość. Tylko przy takiem postawieniu sprawy można się spodziewać wydatnej i ze znajomością rzeczy oraz pożytkiem dla ogółu prowadzonej rzetelnej pracy. W przeciwnym razie nowe ministerstwo będzie raczej nowem narzędziem politycznem w rękach rządu, dla osiągnięcia celów, nic ze zdrowiem publicznem i dobrem ludności nie mających wspólnego.

Wniosek kol. Janiszewskiego jednomyślnie przyjęto, uchwalając zwrócić się do Koła polskiego o domaganie się, by na czele ministerstwa zdrowia publicznego stał lekarz.

2) Kol. Dr Borowiecki przedstawił przypadek **postaci dziedzicznej ostrego ograniczonego obrzęku skóry** (Quincke), pojawiającego się co czas jakiś od wczesnego dzieciństwa. Obrzęk ten występuje niekiedy u chorego na błonach śluzowych i wtedy może zagrażać życiu. Nie jest wykluczone, że i rozwolnienie, nudności i bóle, na jakie chory cierpi od czasu do czasu, są związane z obrzękiem podobnym. Anomalia ta, która daje się stwierdzić w czterech pokoleniach u 7 osób, miała nawet wywołać śmierć u dwóch osób (u jednej z uduszenia). (Streszczenie własne).

3) Kol. prof. Dr Wachholz wygłosił odczyt pod tytułem: **Z sądowo-lekarskich zagadnień seksualnych.** Prelegent omówił poszczególne kwestye z tego zakresu na podstawie mającego się w najbliższym czasie pojawić swego dzieła p. t. »Medycyna sądowa«.

Sekretarka doroczna Dr Wyżykowska-Michejdzina.

Wiadomości bieżące.

Redakcya otrzymała: Grzywo-Dąbrowski (Łódź): Przyczynek do kliniki objawów nerwowych w durze osutkowym. (Odb. z »Gazety lekarskiej« Nr 18. 1917. — Tenże: Spostrzeżenia z dziedziny anatomii patologicznej duru osutkowego. (Doniesienie tymczasowe). (Odb. z »Gazety lekarskiej« Nr 26. 1916. — Tenże: Cztery przypadki śmiertelnego zatrucia grzybami. (Odb. z »Medycyny i Kroniki lekarskiej« r. 1917).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 40. Kraków, 6. października 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 6. października 1917. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

Zmieniony odczyn Ehrlicha-Böhmego w badaniu hodowli bakteryjnych co do indolu

podał

Prof. Dr Witold Nowicki.

Jeżeli się do płynu, zawierającego indol, doda kilka kropli rozczynu paradimetylamidobencaldehydu, zawierającego kwas solny, to, jak wiadomo, wystąpi, szczególnie po dodaniu alkoholu, zabarwienie czerwone, które jeszcze przy rozcieńczeniu 1:10000 jest dobrze widoczne. Odczyn ten, polecony najpierw przez Ehrlicha, został o tyle zmieniony, że do paradimetylamidobencaldehydu dodano nadsiarczanu potasu (Kaliumpersulfat). Dodatek aldehydu ma również odczyn wzmacniać. Niestety w dostępnem mi piśmiennictwie nie mogłem znaleźć pracy, dotyczącej zastosowania aldehydu, jako odczynnika wzmacniającego odczyn Ehrlicha w badaniu co do obecności indolu, zwłaszcza w praktycznem zastosowaniu w bakteryologii. Dlatego też pozwalam sobie w krótkości podać moje postępowanie w wykonywaniu tego odczynu przy badaniu wzgl. oznaczaniu indolu w hodowlach bakteryi.

Do hodowli w 8—10 cm³ wody peptonowej dodaję 1 cm³ odczynnika Ehrlicha-Böhmego, następnie 2 krople 40% rozczynu formaldehydu i następnie energicznie wstrząsam zawartość probówki. Zazwyczaj już w kilku sekundach, rzadziej minucie, pojawia się wyraźne czerwonofioletowe zabarwienie, które po dodaniu alkoholu nadaje się bardzo dobrze do kolorymetrycznego oznaczenia.

Kolejność w dodawaniu odczynników do danej hodowli ma tu zasadnicze znaczenie. I tak, jeżeli najpierw doda się formaldehydu, a następnie odczynnika drugiego, to wzmocnienie wcale nie nastąpi. Zdaje się, że formaldehyd działa tu bezpośrednio na wytworzony już barwik.

Hodowla cholery azyatyckiej daje z odczynnikiem Ehrlicha wyraźne zabarwienie; dodatek 2 kropli formaldehydu wzmacnia, jak próby przezemnie wykonane wykazały, dwukrotnie nasilenie zabarwienia; 24-godzinna hodowla prątka okrężnicy daje zaledwie widoczne zabarwienie z odczynnikiem Ehrlicha, po dodaniu 2 kropel formaldehydu jest ono bardzo wybitne.

Dziwna rzecz, że czysty rozczyn indolu wzmocnienia tego nie daje. Fakt ten przemawiałby za tem, że to wzmacniające działanie formaldehydu występuje tylko przy obecności peptonu lub jakichś innych składników, w hodowli się znajdujących. Za tem przemawia okoliczność, że dodatek indolu do jałowej wody peptonowej wywołuje owo wzmocnienie zabarwienia przy następowem zastosowaniu omawianej modyfikacyi.

Nie wchodząc w istotę opisanego odczynu, sądzę, że zasługuje on na polecenie w badaniu hodowli co do zdolności wytwarzania indolu, gdyż, jak przekonałem się, oddaje on cenne usługi przy postępowaniu różniczkowem w badaniu co do przecinkowców cholery, prątków czerwonki, a dalej hodowli z grupy prątka okrężnicy i duru, jak tyfusu, paratyfusu, prątka Gärtnera i t. p. W pierwszym jednak rzędzie nadaje się ten zmodyfikowany odczyn do badania tych pni bakteryjnych, które w ogólności lub też w świeżych hodowlach wytwarzają tylko ślad indolu.

Ocenienie w przybliżeniu natężenia owego zmodyfikowanego odczynu przeprowadziłem w następujący sposób:

Z 1% rozczynu indolu sporządzono różne rozcieńczenia, w których wywołano zabarwienia zapomocą odczynnika Ehrlicha-Böhmego. Zasadniczy rozczyn indolu, zawierający w 1 cm³ 0·000001 indolu, sporządzano świeżo dla każdego oznaczenia. Do badanych hodowli bakteryjnych dodano po 1 cm³ odczynnika Ehrlicha-Böhmego, a następnie po 2 krople formaldehydu i całą zawartość naczynia dopełniono alkoholem do 50 cm. Barwny płyn wlano do szklannego cylindra, w braku kolorymetru Wolffa. Do obok stojącego takiego samego cylindra dodawano tyle zasadniczego rozczynu indolu, dopóki nie stwierdzono tego samego zabarwienia w obu cylindrach (z hodowlą i zasadniczym rozczynem indolu), przy spoglądaniu z góry na dno naczyń, ustawionych na białym papierze. Jest rzeczą zrozumiałą, że im silniejsze zabarwienie hodowli, tem wyższy musi być słup zasadniczego rozczynu indolu w porównawczym cylindrze.

W ten sposób postępując, można liczbowo oznaczyć różnicę wytworzonego indolu, n. p. między 24-godzinną i 48-godzinną hodowlą lasecznika okrężnicy lub n. p. tegoż i cholery i t. p.

W ten sposób mogłem również oznaczyć różnicę w zabarwieniu hodowli z użyciem formaldehydu i bez niego. Tak n. p. hodowla cholery, dopełniona do 50 cm wysokości słupa, okazywała jednakowe zabarwienie z 30 cm wysokim słupem zasadniczego rozczynu indolu, który w 1 cm³ zawierał 0·000001 indolu; z porównawczego obliczenia zatem wypada, że probówka hodowli w 8 cm³ wody peptonowej zawierała 0·0008 gr. indolu.

W bardzo obfitym materyale tutejszej stacyi dyagnostycznej, pochodzącym prawie wyłącznie z licznych szpitali wojskowych i obozów jeńców wojennych, mieliśmy cały szereg pni bakteryjnych, wyhodowanych przeważnie ze stolców, które po 24, 48, nawet 72 godzinach, badane odczynnikiem Ehrlicha-Böhmego, nie dały nawet śladu zabarwienia, natomiast po dodaniu 2 kropli 40% rozczynu formaldehydu dały wybitne czerwono-fioletowe zabarwienie.

W praktycznem zastosowaniu ma opisana przezemnie modyfikacya, jako bardzo czuła, w badaniu hodowli bakteryjnych co do zdolności wytwarzania indolu dwojaką wartość. Po pierwsze umożliwia ona stwierdzenie najmniejszego wytwarzania indolu przez badaną hodowlę, a którego odczynnik Ehrlicha-Böhmego wykazać nie zdołał, powtóre umożliwia wykazanie wytwarzania przez daną hodowlę indolu już bardzo wcześnie, wskutek czego znacznie ułatwia i przyspiesza różniczkowe rozpoznanie względnie określenie badanego pnia bakteryjnego, zwłaszcza w grupie lasecznika okrężnicy i duru. Wiemy bowiem dobrze z tak bardzo obfitego i różnorodnego materyału w obecnej wojnie, jak często stosunkowo stwierdza się w stolcach ludzi z zaburzeniami przewodu pokarmowego, połączonemi z gorączką lub bez niej, pnie bakteryjne, które w znacznej części przy zastosowaniu różniczkowych pożywek podobne są n. p. do lasecznika paratyfusu, niektórych typów czerwonki i t. p., a których badanie co do zdolności tworzenia indolu nawet po 48 i 72 godzinach dało wynik ujemny. Otóż niejednokrotnie mie-

liśmy sposobność w tutejszej stacyi dyagnostycznej w hodowlach tych stwierdzić indol przy zastosowaniu opisanej modyfikacyi, a tem samem zmienić pierwotne przypuszczenie.

O leczeniu stanu durowatego cholery

podał

Dr W. Bujak,

asystent kliniki chorób dziecięcych.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 16. V. 1917).

(Dokończenie).

Stan, zwany choleryną dziecięcą, wiele posiada podobieństwa pod względem klinicznym z cholerą azyatycką, a dostępniejszy jest dla badania, raz ze względu na częstość, powtóre ze względu na większą wrażliwość ustroju dziecka, który i to przedstawia ułatwienie, że odpadają w nim przeważnie inne przypadkowe powikłania, napotykane częstokroć w ustroju osobników starszych, jak przewlekłe zmiany w narządzie krążenia, skutki zatruć (alkohol) i t. p. Otóż, jakkolwiek patogeneza stanu tego nie jest jeszcze ostatecznie wyświetlona, przecież wszystkie badania stwierdzają jednozgodnie, że sprawa zatrucia kwasowego ustroju w cholerynie dziecięcej odgrywa główną rolę. Z jednej strony wskaźnik amoniakalny moczu (Langstein-Meyer), z drugiej badania Howlanda i Mac Mariotta, wykazujące zmniejszenie CO_2 w powietrzu pęcherzykowem u osesków z dusznością, znikające po podaniu zasad, stwierdzają obecność zatrucia kwasami. Wreszcie najnowsze badania Ylppö nad rzeczywistym odczynem soków ustroju w cholerynie, oznaczanym badaniem koncentracyi jonów wodoru, szerokością regulacyjną CO_2 i krzywą dyssocyacyi O_2, stwierdzają zakwaszenie ustroju w cholerynie. W cukrzycy stwierdzono już dawniej analogiczne zmiany przy zastosowaniu podobnych metod badania.

W stanach tych, podobnie jak przy doświadczalnem zatruciu kwasami nieorganicznymi, daje się stwierdzić równoległość między zmianami fizyczno-chemicznemi, a objawami klinicznymi, jakimi są: wielkie oddychanie i zaburzenia przytomności. Zależność tego zbioru objawów zatrucia kwasami została udowodniona przez Sziliego i przez Ylppö, który u osesków, chorych na zatrucie pokarmowe (choleryna) i okazujących zaburzenia przytomności, znalazł wzmożoną kwaśność płynu mózgowo-rdzeniowego.

Nie mogąc zastosować dokładniejszych metod badania, musiałem ograniczyć się do oznaczania bezwzględnych ilości NH_3 w moczu sposobem Rouchèse-Malfattiego, stosując równocześnie leczenie zasadami — przeważnie cytrynianem sodu — którego dopiero bardzo znaczne ilości, 50—60 gr. dziennie, zmniejszały ilości NH_3 i wywoływały zobojętnienie oddziaływania moczu na lakmus, co również może dawać miarę zwiększania w ustroju ilości kwasów, nie ulegających spaleniu (Blum).

Przy tego rodzaju leczeniu zauważyłem, że objawy kliniczne ustępują równolegle wraz ze zmniejszaniem się ilości NH_3 oraz kwaśności moczu, gdy mocz po 3—4 dniach podawania zasad z silnie kwaśnego stawał się obojętnym, względnie zasadowym.

Materyał kliniczny, na którym przeprowadzałem próby, jest niestety bardzo szczupły, co tłómaczy się z jednej strony niemożnością uzyskania materyału przez dłuższy czas, z drugiej zmniejszeniem się przypływu chorych, wreszcie trudnościami otrzymania większych ilości cytrynianu sodowego.

W czasie, w którym rozpocząłem leczenie cytrynianem sodu, t. j. od 1. VI. 1915 do 25. VII. 1915, przybyło do szpitala 12 chorych, których bez wyboru rozmieszczono w 2 salach; w jednej stosowano zwykłe sposoby leczenia (wlewania podskórne, środki sercowe, diuretyna), w drugiej cytrynian sodowy, a raz tylko wlewanie podskórne roczczynu fizyologicznego z powodu bardzo słabego tętna. Z 6 chorych, leczonych dotychczasowym sposobem, zmarli wszyscy = 100%. Z 6 chorych, którzy otrzymywali cytrynian sodowy, zmarł 1 = 16·6%, przyczem nadmienić należy, że przyczyną śmierci były bardzo daleko posunięte zmiany czerwonkowe jelit, jakie widuje się niekiedy w cholerze; chory ten przebył szczęśliwie okres durowaty, a dostał pierwszych objawów czerwonkowych w 5 dni po ustąpieniu wielkiego oddychania i zmarł w 23. dniu choroby.

Poniżej przytaczam historye choroby 6 przypadków, leczonych cytrynianem sodu.

I. A. P. lat 21. Zachorował 5. VI./15 wśród wymiotów i biegunki. 7. VI./15 wlewanie podskórne soli z powodu bardzo słabego tętna.

8. VI./15. Twarz zaczerwieniona, skóra mało elastyczna, kończyny chłodne, sinawe. Język suchy, obłożony. Tony serca czyste, tętno miernie napięte. Senność, apatya.

Wielkie oddychanie zaznaczone. Stolce ryżowe. C. 36·8. W ciągu dnia 20 gr. cytrynianu sodu.

9. VI. Tętno dobrze napięte; senność, apatya, wielkie oddychanie j. w. C. 35·5, 37·0. — 40 gr. cytr. sodu.

10. VI. Ślad białka w moczu. C. 36·0, 39·6. — 40 gr. cytr. sodu.

11. VI. Wymioty, senność. C. 35·6, 35·9. — 40 gr. cytr. sodu.

12. VI. W nocy wymioty. C. 35·4, 36·5. — 50 gr. cytr. sodu.

13. VI. Apatya mniejsza, senność ustąpiła, oddychanie prawidłowe. C. 36·2, 36·0. — 30 gr. cytr. sodu.

14. VI. Stan dobry, poza ogólnem osłabieniem.

19. VI. Nieżyt pęcherza, który przy leczeniu urotropiną ustąpił w ciągu 6 dni.

II. P. R. lat 28, zachorował 6. VI./15 na lekką biegunkę, ból i zawroty głowy, ogólne osłabienie.

9. VI./15. C. 36·2, tętno dosyć dobre; 4 stolce płynne, barwy żółtej; bóle brzucha.

10. VI./15. Budowa dobra, odżywienie mierne. Chory apatyczny, twarz zaczerwieniona, kończyny chłodne; tętno miernie napięte. Język obłożony, mało wilgotny. Wieczorem wymioty. C. 36·5.

11. VI. Dwukrotnie wymioty, 2 stolce. Tętno lepiej napięte. Wybitne »wielkie oddychanie«. C. 35·0, 35·4. — 20 gr. cytr. sodu.

12. VI. Stan bez zmiany. C. 35·6, 36·0. — 20 gr. cytr. sodu.

13. VI. Wielkie oddychanie słabsze; apatyczny, kończyny chłodne. C. 36·0, 36·8. — 40 gr. cytr. sodu.

14. VI. Apatya mniejsza, wielkie oddychanie zaznaczone. Biegunka ustąpiła. C. 35·6, 35·8. — 40 gr. cytr. sodu.

15. VI. Wymioty kilkakrotnie. C. 36·4, 37·4. — 30 gr. cytr. sodu.

16. VI. W moczu białko 1‰. C. 36·0, 37·5. — 30 gr. cytr. sodu.

17. VI. C. 36·4, 37·6. — 25 gr. cytr. sodu.

18. VI. 1 stolec. Oddychanie prawidłowe. — 25 gr. cytr. sodu.

W dalszym przebiegu surowicze zapalenie ślinianki przyusznej po obu stronach i nieżyt pęcherza. Zupełne wyleczenie.

III. A. K. lat 27, d. 19. VI./15 dostał nagle biegunki, bolów głowy, kurczów w łydkach, chrypki i sinicy.

21. VI. C. 36·4, bóle brzucha, wymioty 2-krotne, stolce płynne, zielonawe.

22. VI. C. 36·2, wymioty, stolce ryżowe, tętno napięte.

W tym dniu przewieziony do szpitala epidemicznego, gdzie stwierdzono:

Budowa dobra, odżywienie mierne. Twarz zaczerwieniona, spojówki nastrzykane; język suchy, obłożony; tętno silnie napięte. Oddychanie wielkie wybitne. Brzuch zapadnięty, pluskanie;

ślady po hypodermoklizach. Chory silnie zamroczony, senny; katatonia.

23. VI. C. 36·3, 36·0. — 50 gr. cytr. sodu.

24. VI. Senność ustąpiła, wielkie oddychanie znacznie słabsze. C. 36·3, 36·5. — 50 gr. cytr. sodu.

25. VI. Wymioty. W moczu 0·25‰ białka. C. 36·6, 36·8. — 60 gr. cytr. sodu.

26. VI. Stan zupełnie dobry. C. 37·0. — 20 gr. cytr. sodu.

2. VII. Obrzęki kończyn dolnych, głównie na stopach. Białko 0. C. 36·7, 37·2.

10. VII. Obrzęki ustąpiły.

IV. W. K. lat 21, zachorował nagle o godz. 6 rano d. 5. VII./15 z objawami: wymioty, biegunka, kurcze w łydkach, ból głowy. W dniu tym został przewieziony na oddział choleryczny, gdzie stwierdzono, co następuje:

Budowa dobra, odżywienie średnie. Wyraźna sinica, na palcach »skóra praczek«, kończyny zimne, język suchy. Tony serca głuche, tętno bardzo słabe. Brzuch wzdęty, pluskanie. »Wielkie oddychanie« zaznaczone. Stolec płynny, ryżowy; wymioty treścią płynną obfitą. C. 37·3. Sól kuchenna 30 gr. wewnętrznie.

6. VIII. Tętno lepiej napięte. Głos ochrypły. Wymioty częste, stolców 5. Mocz kwaśny, zawiera białka 2‰, ilość dobowa 175 cm. C. 35·8, 36·5. — Sól kuchenna 30 gr.

7. VII. Wielkie oddychanie wyraźniejsze. W moczu białka 2‰, ilość dobowa 1300 cm. 6 płynnych stolców. Tętno miernie napięte. C. 35·8, 35·8. — Sól kuchenna 20 gr.

8. VII. Tętno dobre. Ilość moczu 1000 cm. C. 35·6, 35·8.

9. VII. Ilość moczu 700 cm. C. 35·7, 36·0. — 25 gr. cytr. sodu.

10. VII. Zamroczenie, senność; w nocy chory niespokojny, wymiotował kilkakrotnie. Wielkie oddychanie wyraźne; twarz zaczerwieniona. Spojówki nastrzykane. Ilość moczu 875 cm, kwaśny, białko 0·25‰. C. 36·4, 36·5. — 50 gr. cytr. sodu.

11. VII. Wymioty w nocy częste, przez dzień słabsze. Ilość moczu 2700 cm., oddziaływanie obojętne, białka ślad po odstaniu z kw. azotowym. C. 36·0, 36·4. — 45 gr. cytr. sodu.

12. VII. Wielkie oddychanie ustąpiło; stolce zbite, wymioty 1 raz. Ilość moczu 1500 cm., oddziaływanie obojętne, białka śladzik. C. 36·2, 37·0. — 50 gr. cytr. sodu.

13. VII. Ilość moczu 1800 cm. C. 36·2, 37·4. — 50 gr. cytr. sodu.

14. VII. Wysypka choleryczna. Oddychanie prawidłowe. C. 37·2, 36·5. — 50 gr. cytr. sodu.

15. VII. Wysypka obfitsza. C. 37·0, 37·2.

17. VII. Wysypka zbladła. C. 36·7, 37·6.

V. A. S. lat 22, zachorował 22. VII/15, wymioty, biegunka, bóle głowy.

23. VII/15. Budowa i odżywienie mierne. Kończyny chłodne, na palcach »skóra praczek«; tętno miernie napięte. W jelitach pluskanie, stolce płynne. — 10 gr. soli kuchennej w ciągu dnia.

24. VII. Głos ochrypły; 10 stolców płynnych. Tętno słabo napięte. C. 35·5, 36·7. — 10 gr. soli kuchennej.

25. VII. W moczu białko 1‰, 3 stolce płynne. C. 35·5, 35·8. — 10 gr. soli kuchennej.

26. VII. Senność, wielkie oddychanie zaznaczone. C. 35·5, 35·7. — 10 gr. soli kuchennej.

27. VII. Stan tensam. 900 cm moczu, oddziaływającego kwaśno, ślad białka. — 70 gr. cytr. sodu.

28. VII. Wielkie oddychanie bez zmiany, tętno napięte silnie, senność. Ilość moczu 2100 cm., silnie kwaśny, ślad białka. C. 35·5, 35·8. — 60 gr. cytr. sodu.

29. VII. Wymioty dwukrotne. Oddychanie głębokie, wolne, 12 na minutę. 3170 cm. moczu kwaśnego, zawierającego ślad białka. — 70 gr. cytr. sodu.

30. VII. Stan ogólny dobry, chory żąda pożywienia. Oddechy prawidłowe, 18 na minutę. 1880 cm. moczu słabo kwaśnego, zawierającego ślad białka. C. 36·1, 36·4. — 70 gr. cytr. sodu.

31. VII. 2250 cm. moczu o odczynie obojętnym; białka śladzik. C. 36·1, 36·4.

1. VIII. Stan dobry. C. 36·2, 36·5.

VI. A. K. lat 38, zachorował 2. VII./15 wśród wymiotów, biegunki, kurczów w łydkach.

3. VII./15. Budowa mierna, odżywienie słabe. Skóra sucha, mało elastyczna; na wargach, uszach i palcach wyraźna sinica; oczy głęboko zapadłe. Język obłożony, mało wilgotny. Tony serca głuche, tętno słabo napięte, kończyny zimne. Na brzuchu ślady po 2 wlewaniach podskórnych. W jelitach pluskanie. Głos ochrypły. C. 36·6. — 10 gr. NaCl.

4. VII. Tętno lepiej napięte. Wymioty 7 razy, 4 stolce płynne. Moczu nie oddaje. C. 36·0, 37·0.

5. VII. Pierwszy raz oddany mocz w ilości 20 cm na dobę zawiera białka 1‰. Wymioty, czkawka. Tętno twarde, twarz zaczerwieniona, wielkie oddychanie, apatya, zamroczenie. C. 36·7, 37·0. — 40 gr. cytr. sodu.

6. VII. Dobowa ilość moczu 185 cm., białka 1‰, odczyn kwaśny. Tętno twarde, ból głowy. Wielkie oddychanie wyraźne. C. 36·4, 36·7. — 50 gr. cytr. sodu.

7. VII. Ilość moczu 30 cm., białka 1·5%, odczyn słabo kwaśny. Oddychanie prawidłowe, zamroczenie ustąpiło. C. 36·5, 36·8. — 40 gr. cytr. sodu.

8. VII. Wymioty 1 raz, 3 stolce. 290 cm. moczu obojętnego. C. 36·4, 36·8. — 35 gr. cytr. sodu.

9. VII. 2 stolce, ilość moczu 625 cm. C. 36·4, 36·5.

10. VII. 870 cm. moczu, białka 0·75‰.

11. VII. 1980 cm. moczu.

12. VII. W nocy nagle biegunka, powodująca znaczne osłabienie. Ilość moczu 3850 cm. C. 35·8, 36·0.

13. VII. Biegunka słabsza — stolców 8, z domieszką śluzu. C. 36·6, 36·6.

14. VII. Stan nieco lepszy; w ciągu dnia 4 stolce. C. 36·0, 36·8.

15. VII. 4 stolce śluzowe, w ostatnim stolcu krew. C. 36·6, 37·1.

16. VII. 20 stolców śluzowo-krwawych. C. 36·8, 37·6.

W dalszym ciągu stolce śluzowo-krwawe utrzymują się uporczywie mimo energicznego leczenia i wywołują postępujące osłabienie; pod koniec wystąpiły objawy zadrażnienia otrzewnej (wymioty, czkawka, wzdęcie i bolesność brzucha, »facies hippocratica«) i przyprawiły chorego o śmierć d. 25. VII./15. W stolcach badanie bakteryologiczne nie wykazało obecności swoistych prątków czerwonki.

Na sekcyi stwierdzono, obok nastrzykania otrzewnej, bardzo rozległe zmiany dyzenteryczne całego jelita grubego i dolnego odcinka jelita czczego; ściany okrężnicy grubo naciekłe, tak, że miejscami okazują chrząstkowatą twardość; w ścianach głębokie owrzodzenia, drążące aż pod otrzewnę.

Z przytoczonych historyi chorób okazuje się, że dzienne dawki cytrynianu sodu w ilości 50—60 gr. są stosunkowo małe, skoro wywołują zobojętnienie moczu dopiero po 3 do 4 dniach, wobec czego w przypadkach cięższych należałoby ilości te podwoić lub nawet potroić. Zażywanie większych ilości tego leku nie napotykało ze strony chorych na poważniejsze trudności, o ile podawało się go w roztworze wodnym stężonym z dodatkiem kwasu cytrynowego w dawkach częstych i niewielkich. Wymioty nie zwiększały się w żadnym przypadku, owszem ustępowały; także i na jelita nie zauważyłem niekorzystnego wpływu, jaki widuje się przy podawaniu większych ilości dwuwęglanu sodowego, a który polega na wywoływaniu biegunek. Ten wzgląd, jako też przyjemniejszy smak przemawiają za stosowaniem raczej cytrynianu sodowego, niż dwuwęglanu sodowego. Na białkomocz wywierało zawsze zalkalizowanie moczu wpływ korzystny, który przypisać należy z jednej strony zobojętnieniu produktów kwaśnych, drażniących nerki, a znanych z patologii choleryny dziecięcej (Finkelstein) wzgl. śpiączki cukrzycowej, a wreszcie z doświadczeń F. Sachsa, Noordena i Hösslina nad zmniejszaniem się ilości białka po zalkalizowaniu moczu.

Jedyną stroną ujemną, jaką mogłem zauważyć, były obrzęki na kończynach dolnych u chorego Nr III, które odnieść należy bezpośrednio do działania Na, wywołującego nadmierne zatrzymanie wody. Podobne obrzęki po podaniu większych ilości sody opisał L. Blum. Sprawa ta niema zresztą poważniejszego znaczenia, gdyż zatrzymanie wody w ustroju, odwodnionym w pierwszym okresie choroby, może być uważane tylko za pożądane.

Zdaję sobie sprawę, że materyał, jaki mogę przytoczyć, jest bardzo szczupły. Uderzająca jednak różnica śmiertelności obu szeregów doświadczeń i teoretyczne uzasadnie-

nie podanego sposobu leczenia powinny zachęcić do dalszych prób, tem więcej, że dotychczas stosowane sposoby leczenia okazały się wobec stanu durowatego cholery zupełnie bezsilne.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 1. VI. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 20.

I. Kol. Bocheński przedstawia dwie chore **ze ścieśnieniem miednicy** dość znacznego stopnia, u których dzięki odpowiedniej dyecie w czasie ciąży, u pierwszej celowo poleconej, u drugiej zaś przypadkowo stosowanej, udało się uzyskać na końcu ciąży dzieci żywe i donoszone.

Historye chorób tych chorych są następujące:

a) A. S. lat 34. Rodziła 3 razy. Pierwszy poród siłami natury, trwał kilka dni. Płód obumarł na 8 dni przed rozpoczęciem się porodu. Drugi poród w położeniu pośladkowem przy pomocy lekarskiej. Płód nieżywy. Trzeci poród również przy pomocy lekarskiej w położeniu pośladkowem. Płód nieżywy. Podczas czwartej ciąży zgłosiła się chora po poradę lekarską w VIII. miesiącu księżycowym ciąży. Badanie stwierdziło wówczas położenie płodu poprzeczne, miednicę ogólnie ścieśnioną, przeważnie płaską krzywiczą, o wymiarach następujących: Distantia spinalis 27 cm, cristalis 28 cm, trochanterica 30 cm, conj. ext. $17^1/_2$ cm, diagonalis $9^1/_2$ cm, conj. vera od $7^1/_2$—8 cm. Z uwagi na przebieg poprzednich porodów i ze względu na to, że chora pragnęła mieć dziecko żywe, zaproponowano jej rozwiązanie na końcu ciąży przy pomocy cięcia cesarskiego. Ponieważ jednak na zabieg ten stanowczo się nie godziła, więc B. polecił jej dyetę Prochownika, której chora bardzo ściśle przestrzegała. Po 69 dniach tej dyety wystąpiła czynność porodowa. Przy ujściu rozwartem prawie zupełnie wykonał B. obrót na nóżki i wydobył płód żywy, donoszony, wagi 3500 gr., 52 cm długi. Na płodzie, zupełnie dobrze rozwiniętym, stwierdzić można było podatność i miękkość kości czaszki, które przy wytaczaniu główki zaadaptowały się bardzo łatwo, tak że przeprowadzenie główki przez miednicę nie przedstawiało trudności. (Przypadek z praktyki prywatnej).

b) M. L. lat 21, po raz pierwszy w ciąży. Zgłosiła się do kliniki położniczej dnia 20. V. b. r., podając, że 19. V. wystąpiła czynność porodowa, a wody odeszły tego samego dnia o godz. 12 w nocy. Badanie podmiotowe wykazało: Pierwiastka rodząca w pierwszym okresie porodowym, na końcu ciąży. Płód w położeniu czaszkowem, pierwszem, żywy. Główka nad wchodem ruchoma. Miednica o wymiarach mniejszych, zwłaszcza prostym, a mianowicie: Dist. spin. 23 cm, crist. 25 cm, troch. 29 cm, C. ext. $17^1/_2$ cm, diagonal. mniej niż 9 cm, vera $7^1/_2$ cm. Obwód miednicy 76 cm. Wobec tego, że badanie nie wykazało żadnej innej przyczyny, przeszkadzającej wstąpieniu główki do miednicy, jak to u pierwiastki już przy końcu ciąży być powinno, musiano przyjąć, że przyczyną tą jest niestosunek porodowy z powodu ścieśnionej miednicy. Przypuszczenie, że przy tym niestosunku porodowym przyjdzie prawdopodobnie do operacyjnego ukończenia porodu i że rokowanie co do urodzenia płodu żywego jest wątpliwe, nie sprawdziło się. Albowiem dnia 21. V. o godz. 1'45 w nocy, t. j. po czynności porodowej, trwającej przeszło dwie doby, nastąpił poród siłami natury. Urodzony płód wagi 3300 gr., długości 51 cm, okazywał wszelkie cechy płodu donoszonego, dobrze rozwiniętego, a uderzało tylko, że był stosunkowo do wagi i wzrostu dość chudy i że kości czaszki były bardzo miękkie i podatne. Kość boczna lewa zachodziła bardzo znacznie pod kość boczną prawą, co jeszcze obecnie, t. j. po 10 dniach, wyraźnie stwierdzić można. Wskutek tak znacznego zachodzenia kości bocznych pod siebie okazywała główka bardzo znaczne stosunkowo ścieśnienie i to w wymiarze poprzecznym, co i pomiarami stwierdzić się daje (Dist. bifront. 6 cm, bipar. 8 cm, fronto-occipit. 11 cm, mento-occipit. $13^1/_2$ cm, suboccip.-bregm. $8^1/_2$ cm). Ta sama okoliczność tłumaczy również zmniejszenie obwodu główki, który bezpośrednio po porodzie przy zachodzących jeszcze znacznie kościach bocznych wynosił 30 cm. Podatność i miękkość kości główki odnieść należy do wpływu odpowiedniego pożywienia, jakiem matka w czasie całej ciąży się żywiła. Podaje ona mianowicie, że wskutek warunków, w jakich podczas wojny się znalazła, odżywiała się w czasie całej ciąży stosunkowo skąpo, jadła przeważnie mięso, natomiast potraw mącznych prawie zupełnie nie używała. Co do płynów, to piła wodę bez ograniczenia, lecz nie sądzi, by w nadmiernej ilości. Pożywienie to odpowiada więc zasadniczo wymaganiom, jakie Prochownik przy swej dyecie podaje, i tej okoliczności przypisać należy rozwój płodu o kościach miękkich i podatnych, które mimo dość znacznego niestosunku porodowego pozwoliły na znaczną adaptacyę główki i umożliwiły w ten sposób poród siłami natury. Oprócz jakości nie bez znaczenia musiała być również i ilość pożywienia.

Omówiwszy obszernie zasadę dyety Prochownika, którą właściwie już w roku 1803 polecał Brünninghausen, i podawszy wyniki statystyczne znanych w piśmiennictwie przypadków, wyraża B. zdanie, że postępowanie to w wielu przypadkach miednic ścieśnionych może z dobrym skutkiem być zastosowane i dlatego powinno się więcej na nie zwrócić uwagi.

II. Kol. Lenartowicz przedstawia przypadek **strupnia woszczynowatego łupieżowatego ogólnego** (favus universalis squamosus), dotyczący chorej 12-letniej. Przypadek ciekawy, raz dlatego, że przedstawiał znaczne trudności rozpoznawcze, a powtóre dlatego, że okazuje niezwykłą rozległość zmian chorobowych pod postacią chorobową rzadko spostrzeganą. Chora po raz pierwszy przebywała na oddziale w listopadzie 1916 przez kilka dni. Mimo, że zmiany chorobowe wówczas przedstawiały obraz prawie taki sam, jak obecnie, rozpoznania nie ustalono, a raczej jednostkę chorobową określono fałszywie, przypuszczając »naevus ichtyosiformis universalis«. Po raz wtóry zgłosiła się chora 5. V. 1917. Obecnie dzięki badaniu mikroskopowemu powiodło się ustalić rozpoznanie.

Zmiany chorobowe dotyczą skóry owłosionej głowy, skóry twarzy, prawie całego tułowia i kończyn górnych i dolnych z małemi tylko przestrzeniami skóry zdrowej. Wszystkie paznokcie rąk i nóg okazują mniej lub więcej posunięte zmiany chorobowe. Zdrowe zupełnie są tylko partye skóry, ostro odgraniczone od ognisk chorobowych na twarzy (część przyuszna policzków) i na tułowiu (drobne części w okolicy międzyłopatkowej, wązki skrawek w okolicy kości krzyżowej) i okolica okołopępkową (na przestrzeni dłoni). Owłosienie głowy prawie zupełnie zniszczone. Nieliczne pozostałe włosy są ćme i cienkie, nie okazują jednak kruchości i łamliwości. Prawie zupełny brak brwi i rzęs. Skóra twarzy zgrubiała, sucha, barwy brunatnej, łuszcząca się, sprawia wrażenie maski. Na tułowiu i kończynach tesame zmiany, tylko łuszczenie jest wybitniejsze, łuski grube, zbite, dają się z trudnością tylko mechanicznie usunąć. Znaczne zgrubienie skóry, zwłaszcza w okolicy przegubów kolanowych. Rysunek powierzchownych warstw skóry zatarty. Ogniska chorobowe odrzynają się ostrymi konturami od zdrowych. Po drapaniu się chorej występuje na granicach zmian chorobowych wązki rąbek zapalny. Paznokcie zgrubiałe i kruche, barwy brudno szarożółtej, okazują mniej lub więcej rozległe ubytki. W czasie pobytu chorej w szpitalu nigdzie i nigdy nie można było zauważyć charakterystycznych dla strupnia woszczynowatego tarczek (scutula favosa). Okoliczność ta, jak i obraz chorobowy, utrudniały rozpoznanie. Daty wywiadowe niejasne i nienależycie przez chorą, mało inteligentną, zaobserwowane, nie mogły również ułatwić rozpoznania. Myśl, że w danym przypadku może chodzić o strupień woszczynowaty łupieżowaty, poruszył doc. Dr Mucha. Przedsięwzięte za jego radą próby wyhodowania tarczek zapomocą założenia opatrunku nieprzepuszczającego na skórę głowy zwilżoną, zawiodły. Nawet po kilku dniach ani śladu tarczek dostrzedz nie było można. Natomiast łuski, wzięte z rozmaitych miejsc skóry głowy z włosami i bez włosów, z tułowia, kończyn, jakoteż cząstki paznokci, badane bądź to wprost, bądź też po kilkogodzinnem hodowaniu ich w wilgotnej komorze Plauta, wykazywały obecność grzyba o ułożeniu grzybni i zarodników, charakterystycznych dla gatunku, znanego pod nazwą »achorion Schönleini«.

Wiadomo, że strupień woszczynowaty pojawiać się może i na miejscach nieowłosionych skóry i stąd sprawiać pewne trudności rozpoznawcze. Sam mowca opisał w r. 1903 przypadek strupnia woszczynowatego nosa, bez śladu zmian chorobowych na skórze owłosionej głowy. W piśmiennictwie nierzadkie są też przypadki podobne. Zwyczajnie jednak ułatwia rozpoznanie obecność tarczek. W przedstawionym przypadku tej cechy nie było można wykazać, stąd też przypadek ten uważać należy za rzad-

szy i zaliczyć go do grupy rozpoznawczej trudnej (»forme pityriasique« Bodina).

III. Kol. Hornowski:

a) przedstawia **bezoar**, składający się z włosów, z żołądka chorej umysłowej lat 42 (psychosis epileptica) i omawia wogóle bezoary, spotykane przeważnie u zwierząt, a rzadko tylko u ludzi. Przedstawiony okaz należy do większych tego rodzaju, gdyż jest wielkości dużego kułaka ludzkiego.

b) Następnie kol. Hornowski wygłasza odczyt p. t.: **Badania nad przysadką mózgową, jej unaczynieniem i zmianami patologicznemi w stosunku do dystrophia adiposogenitalis.**

Prelegent omawia przedewszystkiem 9 przypadków gruźlicy przysadki mózgowej, które spostrzegał. Na zasadzie usadowienia i sposobu szerzenia się gruźlicy doszedł prelegent do wniosku, że naczynia wchodzą do przysadki mózgowej przez nóżkę. Jako dalszy dowód takiego właśnie unaczynienia przysadki mózgowej przytacza prelegent rzadkość przechodzenia różnych spraw patologicznych, szerzących się drogą naczyń, nawet z bezpośredniego otoczenia przysadki, o ile nie dotyczą one nóżki (sprawy ropne, sprawy nowotworowe). Za wchodzeniem naczyń przez nóżkę przemawia również i rozwój wzdłuż naczyń tkanki łącznej w sprawach marskości przysadki mózgowej. Wreszcie w kilku przypadkach spostrzegał prelegent typowe zawały w przysadce, których podstawa nie dochodziła bezpośrednio do obwodu części przedniej.

Na tej podstawie doszedł prelegent do niezbitego wniosku, iż unaczynienie przysadki mózgowej jest dwojakie. Jedno, główne, idzie przez nóżkę, drugie, drobne, polega na odżywianiu powierzchownych warstw obwodowych części przedniej przez tętniczki, idące od torebki, analogicznie do unaczynienia nerki. Obecność zawałów przemawia za tem, iż naczyńka przysadki mózgowej są tętniczkami końcowemi. Jako dalszy tego dowód przytacza prelegent badania, wykonane nad silnie przekrwionemi przysadkami mózgowemi, z których skrawki seryowe lub prześwietlanie »en masse« w anilinie wykazywało taki właśnie układ naczyń. Ten sposób unaczynienia ma zasadnicze znaczenie dla zrozumienia możliwości powstawania sprawy, zwanej »dystrophia adiposo-genitalis« w związku tylko z czynnościowem upośledzeniem działania przysadki mózgowej przy jakimkolwiek ucisku na nóżkę przysadki, co wywołuje gorsze odżywianie przysadki.

Prelegent omawia szereg przypadków »dystrophia adiposogenitalis«, które można łatwo objaśnić w ten sposób, przytaczając w tem przypadki własne. Wszędzie tam, gdzie można było wykazać utrudnienie w należytym dopływie krwi do przedniej części przysadki mózgowej, występowały w większym lub mniejszym stopniu objawy dystrophiae adiposae lub adiposogenitalis, a więc w marskości, dotyczącej części pośredniej, w martwicy tej części, torbieli nóżki, ucisku na nóżkę przez nowotwory, wodogłowie. Przy wodogłowiu odgrywają jednak rolę i inne czynniki, a mianowicie stosunek przysadki do przepony z opony twardej, oraz do siodełka. Działanie wodogłowia wewnętrznego na przysadkę mózgową warunkuje się przez stopień i rodzaj napięcia przepony przysadki z opony twardej oraz przez stopień, w jakim siodełko jest wypełnione przez przysadkę, co daje lub nie daje przysadce możność rozszerzania się i przystosowywania bez zmiany czynności do zmienionych warunków ciśnienia.

Prelegent objaśnił swój odczyt licznymi rysunkami.

W dyskusyi: a) kol. Orzechowski przypomina, że przed kilku laty ś. p. kol. Czarnik rozpoznał za życia u dziecka gruzełek przysadki mózgowej, stwierdzony następnie na sekcyi. Rozpoznanie natury guza było w tym przypadku ułatwione wskutek tego, że na krótki czas przed śmiercią wystąpiły objawy gruźliczego zapalenia opon. Materyał ten, o ile sobie mowca przypomina, był następnie przedstawiony w lwowskiem Towarzystwie lekarskiem przez kol. Nowickiego. Spostrzeżenia kol. Hornowskiego co do unaczynienia przysadki mózgowej uważa za bardzo doniosłe z tego powodu, że tłumaczą one mechanizm powstawania zwyrodnienia tłuszczowopłciowego w wielu niejasnych dotąd zresztą przypadkach. Rodzaj unaczynienia przysadki, przedstawiony przez kol. Hornowskiego, przypomina analogiczne stosunki w unaczynieniu rdzenia (stosunek art. sulci anter. do vaso-corona lub unaczynienie przednich rogów rdzenia wobec układu naczyń reszty rdzenia). Tutaj jednak istnieją napewno pewne, choć nieliczne anastomozy. Stwierdzenie istnienia tętnicy końcowej w przedniej części przysadki tłumaczy możność ostrego powstania obrazu zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego, n. p. wskutek zapalenia błony wewnętrznej tejże tętnicy. Mowca przypomina sobie, że widział przypadki zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego u ludzi w dojrzałym wieku, u których ani guza przysadki nie było, ani też nie było podstawy do przyjęcia przebytego wodogłowia, z dobrem rokowaniem, gdzie etyologia sprawy była zupełnie niewytłumaczona, a gdzie widocznie chodziło o zmiany zapalne, zamykające światło tętnicy, idącej przez nóżkę przysadki. Zapewne znaczna część przypadków zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego przy kile dziedzicznej, przedstawionych w ostatnich czasach przez Nonnego i jego szkołę, w ten sposób wywodzi swą etyologię. Naturalnie, że naciek kiłowy może dotyczyć wprost miąższu przysadki w pewnych przypadkach, ale w innych może sprawa ograniczać się do zajęcia błony wewnętrznej naczyń na tle kiłowem, która to sprawa nie jest tak rzadka. Zwyrodnienie tłuszczowo-płciowe, zdarzające się przy wodogłowiu, odnieść można do ucisku na nóżkę i jej tętnicę, jak Hornowski, albo też wprost do ucisku na samą przysadkę przez zrosty naokoło niej, lub też wreszcie do zrostów, które ograniczają się do nóżki przysadki tylko i uciskają jej tętnicę końcową.

IV. Przewodniczący zawiadamia, że w czerwcu b. r. odbędzie się Zjazd higienistów polskich w Warszawie. Zachęcając kolegów do wzięcia udziału w tym Zjeździe, oznajmia równocześnie, że w myśl uchwały Wydziału Towarzystwo lekarskie lwowskie weźmie udział w Zjeździe przez wysłanie wybrać się mających delegatów.

V. Kol. Wiczkowski odczytuje i uzasadnia wniosek, dążący do tego, by Namiestnictwo przy obradach nad odbudową kraju wyznaczyło miejsca dla trzech reprezentantów Towarzystwa, których głos będzie wyrazem opinii lekarskiej.

Wniosek ten uchwalono jednomyślnie i wraz z odpowiednim umotywowaniem postanowiono przesłać Namiestnictwu.

Sekretarz Dr Bocheński.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 4. lutego 1916.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut (przewod.), Dr Damski. prof. Dr Ciechanowski. Nieobecność usprawiedliwił Dr Bednarski,

1. Przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2. Prezydent zawiadamia o zwołanem do Wiednia posiedzeniu Wydziału wykonawczego Izb i oświadcza, że na to posiedzenie pojedzie. Przyjęto do wiadomości.

3. Sprawa wysłania lekarzy II powołania pospolitego ruszenia poza Galicyę. Uchwalono wnieść prośbę do Namiestnictwa, aby uzyskało u Władz wojskowych pozostawienie lekarzy II powołania w kraju, w którym już obecnie jest wielki brak lekarzy, oraz uchwalono poruszyć tę sprawę na posiedzeniu Wydziału wykonawczego Izb.

4. L. 16. Sprawa historyi chorób, pozostałych po ś. p. prof. Dr Wicherkiewiczu. Prezydent zdaje sprawę z korespondencyi z prof. Makarewiczem. Przyjęto do wiadomości.

5. L. 186. Instytut dla wdów i sierot w Wiedniu nadesłał 1939·10 kor. Przyjęto do wiadomości.

6. L. 179. Rząd wyasygnował ratę półroczną subwencyi na cele dobroczynne 2800 kor. Przyjęto do wiadomości.

7. Podania o zapomogę. Uchwalono udzielić: po 100 kor. pp. Antoninie Zborowskiej, Stanisławie Reissowej, Annie Billigowej, Maryi Lembergerowej, Emmie Szaferowej, Satkowskim, Annie Dawidowej; p. Helenie Nideckiej 200 kor., a Jerzemu Kluczyńskiemu 50 kor.

8. L. 14. W sprawie podania p. Dobrowolskiej o zapomogę uchwalono polecić petentce, by się postarała o potwierdzenie podania przez jednego z lekarzy miejscowych.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 28. marca 1916.

Obecni: Przewodniczący Dr Schoengut, Dr Damski, prof. Dr Ciechanowski, Dr Stahr.

1. Uchwalono udzielić zapomóg 10 petentom, a mianowicie: po 100 kor. Otylii Cholewiczowej, J. M. Propstowi, Katarzynie Trembeckiej, Karolinie Moreckiej, Annie Krzykowskiej, Stefanii Dobrowolskiej; po 150 kor. Zofii Mańkowskiej i Maryi

Galantowej, a po 50 kor. Eugenii Olszewskiej i Annie Zauderer. Podanie p. Końcowiczowej zwrócono do uzupełnienia.

2. L. 45. Podanie Dr G. o uwolnienie od opłaty do Izby. Odrzucono.

3. L. 20. Sprawa osobnej dopłaty lekarzowi gwarectwa w N. (Podanie wspólne lekarza i Zarządu). Uchwalono odpowiedzieć, co następuje: O ile w mowie będące badanie leżałoby wyłącznie w interesie czy to członków Kasy brackiej, czy to Zarządu, lekarz byłby obowiązany dokonać tego badania z tytułu ryczałtowego wynagrodzenia bez dalszej dopłaty. Ponieważ jednak sprawa ta jest niewątpliwie częścią akcyi w kierunku zwalczania chorób zakaźnych, podjętej przez c. k. Rząd, nie w interesie Kasy brackiej, tylko w interesie ogółu, przeto czynność ta należy właściwie do zakresu działania lekarza epidemicznego, lub innego lekarza do tej funkcyi delegowanego i osobno wynagradzanego. Jeżeli c. k. Rząd funkcye te pośrednio porucza lekarzowi Kasy brackiej, to lekarz ten powinien otrzymać za to osobne wynagrodzenie.

4. L. 42. Pismo »Unfallversicherungs-Gesellschaft«. Uchwalono zwrócić się o informacye do Wydziału wykonawczego Izb.

5. L. 32. Administracya podatków zapytuje o datę śmierci Dr Schudmaka. Uchwalono udzielić informacyi.

6. L. 39. Administracya podatków zapytuje o Dr Kozłowskiego. Uchwalono udzielić informacyi.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 19. kwietnia 1916.

Obecni: Przewodniczący Dr Schoengut, prof. Dr Ciechanowski, Dr Stahr, Dr Bednarski. Usprawiedliwił nieobecność Dr Damski.

1. Odczytano i przyjęto protokoły z dwu poprzednich posiedzeń.

2. Odczytano i przyjęto do wiadomości dziennik od L. 161 do L. 182 z r. 1915 i od L. 1 do 65 z r. 1916.

3. L. 42. Sprawa umowy z towarzystwami ubezpieczeń od wypadków. Uchwalono nie przyjąć do wiadomości pisma Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków i odpowiedzieć na nie zgodnie z odpowiedzią Izby salzburskiej.

4. L. 52. Sekcya niemiecka Izby lekarskiej czeskiej w sprawie płacy lekarzy okręgowych, powołanych do służby wojskowej. Przyjęto do wiadomości odpowiedź, udzieloną przez Prezydenta tymczasowo Izbie niemieckiej w Czechach i zapytanie, skierowane przez niego do Wydziału krajowego, oraz nadeszłą odpowiedź.

5. L. 53. Komenda wojskowa w sprawie honoraryum Dr A. Uchwalono umotywowaną odpowiedź, że honoraryum nie jest wygórowane.

6. L. 56. Dr W. z zażaleniem na Starostwo, że nie uznaje jego świadectw szczepienia. Przyjęto do wiadomości zapytanie, wysłane w tej sprawie do Namiestnictwa przez prezydyum Izby.

7. L. 59. Związek lekarzy okręgowych o poparcie podania do Namiestnictwa w sprawie płac lekarzy okręgowych. Uchwalono poprzeć podanie jak najgoręcej i poczynić kroki także w Radzie zdrowia przez delegata Izby.

8. L. 61. Dr Porajewski w sprawie awansu lekarzy pospolitego ruszenia. Uchwalono wnieść odpowiedni wniosek do Wydziału wykonawczego Izb, jako nagły.

9. L. 65. Namiestnictwo o opinię podania p. Heinza w sprawie apteki. Uchwalono wydać opinię przychylną.

10. W sprawie aktów sprawy Dr Ż. uchwalono wysłać do Namiestnictwa ponaglenie.

11. Podania o zapomogi: L. 51, 60, 44. Uchwalono udzielić po 100 kor. pp. Końcowiczowej, Zengtellerowej, Bresiewiczowej.

12. W sprawie egzekucyi podatków od lekarzy, powołanych do wojska, uchwalono wnieść przedstawienie do c. k. Administracyi podatków w Krakowie o odpisanie lekarzom, służącym pod bronią, podatku osobisto-dochodowego i zarobkowego od 1. IX. 1914 do 30. VI. 1916 i o wstrzymanie egzekucyi, a to na zasadzie rozporządzenia z 24. X. 1914 Dz. u. p. 293.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 7. czerwca 1916.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, prof. Dr Ciechanowski, Dr Damski, Dr Stahr, Dr Bednarski.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2. Dziennik do L. 87/16 włącznie przyjęto.

3. Sprawa podwyższenia honoraryów lekarskich wobec ogólnej drożyzny (referent: Prezydent Izby). Uchwalono nie ogłaszać żadnej publicznie ogólnej enuncyacyi i nie ustanawiać podwyższenia taryfy, natomiast jak najusilniej popierać każde, zarówno indywidualne, jak zbiorowe dążenie do poprawy honoraryów, a zwłaszcza płac ryczałtowych, odpowiadającej obecnym stosunkom ekonomicznym.

4. Do L. 85. Wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego« uchwalono poprzeć subwencyą 100 kor. na wydanie zeszytu o chorobach wenerycznych, a zarazem zawiadomić Izbę wschodnio-galicyjską, iż Izba krakowska, dowiedziawszy się o wydawnictwie i uważając, że leży ono w interesie zarówno ludności, jak i zawodowolekarskim (uzupełniającego kształcenia się lekarzy), subwencyę taką udziela.

5. Do L. 77. Sprawa sporu Dr D. z Kasą bracką w N. Uchwalono odpowiedzieć, że Izba lekarska nie może zmienić swojego stanowiska, gdyż, zdaniem Izby, badanie kogokolwiek bez jego woli, a tem mniej przymusowe, nie jest prawnie dozwolone, jak tylko organom sanitarnym c. k. Władz politycznych, i to tylko w granicach, ściśle określonych ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych. Wobec tego miałby lekarz Kasy brackiej prawo badania gromadne w kierunku chorób zakaźnych, w szczególności wenerycznych, przeprowadzić tylko wtedy, gdyby był równocześnie lekarzem epidemicznym, delegowanym przez c. k. Władze polityczne, a w takim razie byłby także przez nie za to wynagradzany. Zwraca zarazem Izba lekarska uwagę, że choroby weneryczne, jak dotąd, nie podlegają w myśl ustawy epidemicznej obowiązkowi donoszenia, a lekarz, któryby podjął badania bez charakteru urzędowego, popadłby w kolizyę z ustawami, także i z ustawą karną ze względu na obowiązek tajemnicy lekarskiej.

6. Do L. 81. Zapytanie Dr Rossbergera o kwalifikacye oglądacza zwłok i bydła. Przydzielono do referatu kol. Dr Bednarskiemu.

7. Do L. 80. Magistrat m. Krakowa wzywa do wskazania konkretnych faktów, że p. Bol. Drobner używał tytułu doktora i dokonywał analiz moczu. Uchwalono zebrać i przesłać dowody.

8. Do L. 86. Dr R. zapytuje o wolne posady okręgowe w Krakowskiem. Polecono zwrócić się wprost do Wydziału krajowego.

9. Do L. 82. Sprawy zapomóg. Uchwalono udzielić p. Matczyńskiej 100 kor., p. Szaterowej zaś sprawę odroczyć.

10. Do L. 76. Odpowiedź Namiestnictwa w sprawie należytości lekarzy okręgowych. Uchwalono ogłosić w »Przeglądzie lekarskim« wraz z pismem Izby, wniesionem do Namiestnictwa poprzednio.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 4. sierpnia 1916.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, prof. Dr Ciechanowski, Dr Damski, Dr Bednarski.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2. Dziennik wpływów do Nr 125 przyjęto do wiadomości.

3. L. 90. Odpowiedź Zakładowi kredytowemu wojennemu przyjęto do wiadomości.

4. L. 99. Zażalenie Dr R. na Dr M. Uchwalono zażądać wyjaśnienia od Dr M.

5. W sprawie udziału lekarzy w pracach Centrali odbudowy kraju. Uchwalono przyłączyć się do akcyi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i w tym celu porozumieć się z prof. Piltzem, prezesem Towarzystwa.

6. L. 110. Prośba Dr H. o radę w sprawie z gminą Z. Uchwalono zwrócić się do gminy Z. z wezwaniem, aby płacę zaległą za r. 1915 Dr H. wypłaciła i o tem zawiadomić Dr H.

7. L. 113. Zażalenie Dr K. na Dyrekcyę kolejową o wypowiedzenie posady, które wprawdzie wskutek rekursu do Namiestnictwa Dyrekcya cofnęła, Dr K. jednak wówczas ze swej strony posadę wypowiedział. Przyjęto do wiadomości.

8. L. 114. Zażalenie p. C. na Dr P. Uchwalono wezwać Dr P. do wyjaśnienia.

9. L. 117, 121, 125. Sprawa Dr R. Uchwalono Dr R. przesłać odpowiedź, stwierdzając, że czynności zastępcy oglądacza zwłok i weterynarza miejskiego są równoznaczne z czynnością lekarza i nie mogą być porównywane z czynnością niewykształconego oglądacza na wsi, który z konieczności ogląda zwłoki, co jest absurdem i powinno być usunięte.

10. Podania o zapomogę L. 101, 102, 103, 94, 116. Uchwalono udzielić po 100 kor. pp. Krzykowskiej, Zengtellerowej, Lembergerowej, Schaferowej, Karpińskiej, Zborowskiej.

11. L. 123. Zażalenie przeciw Dr R. Uchwalono wezwać Dr R. do wyjaśnienia ustnego.

12. Manipulantce Izby uchwalono podwyższyć płacę z 30 na 40 kor. miesięcznie.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 21. września 1916.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, prof. Dr Ciechanowski, Dr Bednarski, Dr Damski.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2. Dziennik wpływów do L. 149 przyjęto.

4. L. 134. Dr L. prosi o rozpatrzenie sprawy między nim a Dr B. Przydzielono do referatu Dr Bednarskiemu.

5. L. 136. Dr R. prosi o odroczenie stawiennictwa lub pozwolenie usprawiedliwienia się pisemnego. Uchwalono odroczyć termin stawiennictwa osobistego, a zezwolić na pisemne wyjaśnienie.

6. L. 137. Namiestnictwo w sprawie koncesyi na aptekę w Czchowie. Uchwalono oświadczyć się za udzieleniem koncesyi.

7. L. 138. Kraj. Biuro opieki nad inwalidami prosi o wyznaczenie delegata do kraj. Urzędu pośrednictwa pracy inwalidów. Wybrano delegatem prezydenta Dr Schoenguta.

8. L. 142. Dr T. prosi o wydanie orzeczenia, że może odmówić pomocy lekarskiej pewnemu nienormalnemu osobnikowi. Uchwalono odpowiedzieć, że sprawa przekracza kompetencyę Izby, ewentualnie zwrócić uwagę na odpowiednie paragrafy ustaw.

9. L. 143. Namiestnictwo o opinię w sprawie honoraryum lekarskiego. Zatwierdzono odpowiedź, udzieloną przez Prezydyum Izby.

10. L. 114. Sprawa C. przeciw Dr P. Odczytano wyjaśnienie Dr P. i uchwalono zażądać aktów sądowych.

11. L. 140. P. Zauderer uchwalono udzielić 100 kor. zapomogi.

12. Dr S. donosi, że mu nie wypłacono kosztów szczepienia za r. 1915. Uchwalono zwrócić się do c. k. Namiestnictwa.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 22. listopada 1916, o godz. 6 wieczorem.

Obecni: Przewodniczący prezydent Dr Schoengut, Dr Bednarski, prof. Dr Ciechanowski.

Z powodu śmierci Cesarza Franciszka Józefa I, prezydent po stosownem przemówieniu na znak żałoby zamknął posiedzenie.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 22. listopada 1916, o godz. 7 wieczorem.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, prof. Dr Ciechanowski, Dr Bednarski.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Odczytano i przyjęto do wiadomości dziennik podawczy do L. 199.

3. Prezydent zdaje sprawę z podróży do Wiednia na posiedzenie Wydziału wykonawczego Izb lekarskich dnia 15. października 1916, na którem omówiono projekt nowej ordynacyi lekarskiej, wypracowany przez referenta w Ministerstwie spraw wewnętrznych. Wywody Prezydenta przyjęto do wiadomości.

4. Poruszono sprawę organizacyi sanitarnej Galicyi wobec zamiaru wyodrębnienia kraju. Referat w tej sprawie poruczono wnioskodawcy prof. Dr Ciechanowskiemu.

5. L. 174. Sprawę Dr S., któremu obniżono rachunek za szczepienie o połowę, oddano do zbadania Dr Bednarskiemu.

6. L. 173. Uchwalono rozpisać rozprawę przeciw Dr R. około 15. grudnia b. r.

7. L. 162. Sprawa Dr W. Uchwalono odpowiedzieć Dr W., że pensya z Kasy chorych zależy od kontraktu, którego Izba lekarska nie zna.

8. Podania o zapomogi L. 153, 169, 191, 180, 188. — Uchwalono udzielić: p. Leniartek 100 kor., na ręce Dr Zaleskiego dla sierót po Dr Drewińskim 150 kor., p. Kaczyńskiej i p. Reissowej po 100 kor., a p. Krzykowskiej 50 kor.

9. L. 186. W sprawie udzielania pożyczek przez Wojenny Zakład kredytowy zawiadamia prezydent, że Galicyjski Wojenny Zakład kredytowy przystępuje do udzielania kredytów wolnym zawodom i zwraca uwagę na punkt 1. postanowień, według którego tylko osoby, nie pozostające w żadnym stosunku służbowym publicznym mogą korzystać z kredytu. Zastosowanie tego ograniczenia do lekarzy miałoby ten skutek, że lekarze okręgowi, kasowi i cywilni w służbie pospolitego ruszenia byliby wykluczeni od kredytu. Po dyskusyi Wydział uchwala, że Izba lekarska nie mogłaby współdziałać w udzielaniu kredytu, gdyby te ograniczenia co do lekarzy utrzymano w mocy.

10. L. 199. Na pismo grona osób z Z. o poczynienie kroków celem zwolnienia od służby wojskowej Dr Z. uchwalono odpowiedzieć, że takie kroki przekroczyłyby uprawnienie Izby lekarskiej. O zwolnienie może prosić tylko władza, której dotyczący jest funkcyonaryuszem. W tym wypadku mógłby to uczynić zarząd kolei, względnie gmina, o ile to leży w interesie jej mieszkańców.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 12. grudnia 1916.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, Dr Damski, prof. Dr Ciechanowski.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2. Dziennik wpływów od L. 200 do L. 222 odczytano i przyjęto do wiadomości.

3. Do L. 186. Sprawa opiniowania podań o pożyczki z Wojennego Zakładu kredytowego. Uchwalono zwrócić się oficyalnie na piśmie do Zakładu kredytowego z oświadczeniem, że Izba żąda, 1) by przed wydaniem opinii przez Izbę wydawało opinię Starostwo co do faktycznej szkody w przedmiotach, a Izba dopiero na tej zasadzie może oceniać wartość szkody ze stanowiska zawodowego, 2) by do lekarzy, mających dochody stałe (posady), nie stanowiące podstawy ich bytu, nie były stosowane ograniczenia w udzielaniu pożyczek. Bez spełnienia tych dwóch warunków musiałaby Izba zrzec się opiniowania podań. — Podanie o pożyczkę Dr R. uchwalono zwrócić petentowi z wezwaniem, by dołączył dowody szkody. Podanie zaś Dr K. uchwalono zaopiniować korzystnie.

4. Do L. 222. Sprawa rekursu co do podatku ekwiwalentowego. Uchwalono wnieść drugi rekurs do Kraj. Dyrekcyi skarbu, o ile doradca prawny uzna to za celowe.

5. Do L. 205. Sprawa koncesyi na nową aptekę w Lanckoronie. Zatwierdzono odpowiedź, wysłaną przez prezydyum Izby.

6. Do L. 217. Zapytanie Namiestnictwa: 1) czy Izba uchwaliła podwyższenie honoraryów lekarskich, 2) jakie są stosunki co do możności uzyskania pomocy lekarskiej.

Uchwalono ad 1), powołując się na uchwałę z dnia 7. VI. 1916, zaznaczyć, że Izba nie uchwaliła wogóle żadnego podwyższenia taryfy, postanowiła jednak popierać starania lekarzy, tak indywidualne, jak i zbiorowe, o usprawiedliwione podwyższenie wynagrodzeń; dalej, że lekarze wprawdzie prawie powszechnie sami podnieśli honorarya, jednakże w stopniu o wiele mniejszym, niżby to wzrost ogólnej drożyzny wymagał. Ad 2). Możność uzyskania pomocy lekarskiej istotnie się zmniejszyła w okręgu Izby przez przenoszenie lekarzy (cywilnych, obowiązanych do pospolitego ruszenia) poza kraj, oraz przez tu i owdzie ze strony władz wojskowych nieżyczliwe stanowisko dla prywatnej praktyki lekarzy wojskowych, władających językiem polskim. Przeciwko przenoszeniu lekarzy poza kraj podjęła Izba swego czasu kroki u c. k. Namiestnictwa, jednak mimo opinii c. k. Namiestnictwa i Najwyższej Komendy Armii stosunki wcale się nie polepszyły, a przenoszenie lekarzy poza kraj trwa dalej.

7. Do L. 210. Sprawa zastępczej działalności »Przeglądu lekarskiego« za organ Izby lekarskiej do czasu wznowienia tego organu. Uchwalono w zasadzie, przed zawarciem jednak układu zażądać kosztorysu.

8. Do L. 212. Sprawa wyodrębnienia sanitarnej administracyi. (Referent prof. Dr Ciechanowski). Uchwalono zwrócić się do Izby lwowskiej w celu zorganizowania wspólnej akcyi z prośbą o jak najspieszniejszą odpowiedź.

9. Do L. 205. Sprawa wymiany lekarzy jeńców. Przyjęto do wiadomości odpowiedź Namiestnictwa.

10. Do L. 221, 218, 213, 209, 214, 233. Uchwalono udzielić zapomóg po 100 kor. pp. Zabierowskiej-Hofmanowej, Kawalerskiej, Karpińskiej, Billigowej, dwu zaś podań nie uwzględniono.

Posiedzenie Rady honorowej w dniu 12. grudnia 1916 roku.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, Dr Damski, prof. Dr Ciechanowski.

1. Do L. 158. Sprawa skargi p. C. przeciw Dr P. Uchwalono rozpisać rozprawę.

2. Do L. 123. Sprawa Dr R. Uchwalono rozprawę odłożyć do stycznia 1917.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Kazimierz Majewski został mianowany profesorem zwyczajnym i dyrektorem kliniki okulistycznej.

— Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« powrócił do swych czynności.

— Grono kolegów, popierających wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego« dobrowolną ofiarą, zwiększyli: prof. Dr Paweł Kucera i prof. Dr Józef Wiczkowski ze Lwowa.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Józef Teodor Kucharski, rodem ze Zduńskiej Woli w Królestwie.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska podaje do wiadomości kolegów następujące pismo Wydziału wykonawczego Izb austryackich: »Wobec mnogich zapytań zawiadamiam, że Wydział wykonawczy Izb lekarskich austryackich prosił Ministerstwo robót publicznych o przydział węgla dla lekarzy już 21. lipca b. r. pismem L. 664/17, że sam też osobiście tę sprawę przedstawiłem i że wskutek tego przyrzeczono lekarzom udzielić dodatkowe karty węglowe. Również przyrzeczono lekarzom wskutek interwencyi Wydziału wykonawczego przyznać dodatkowe karty na mydło. Za Wydział wykonawczy: Finger, przewodniczący«.

— Czerwonka, szerząca się gwałtownie na całym obszarze Polski, chwilowo przycichła w Krakowie, liczba nowych przypadków w ostatnim tygodniu znów jednak wzrosła.

— Poradnia przeciwgruźlicza Czerwonego Krzyża w Zakopanem otwarta została 8. IX. bardzo uroczyście w obecności namiestnika pułk. gen. hr. Huyna, komendanta wojskowego marsz. poln. Brandnera oraz szefów sanitarnych Dr Winternitza i Ferstena z Krakowa, komendanta stacyi w Zakopanem gener. hr. Ledóchowskiego, starosty nowotarskiego p. Psarskiego, delegatów Zarządu austr. Czerwonego Krzyża Dr Lambergera i r. dw. Dr Schönbauera, delegatów Komitetu Książęco-Biskupiego prof. Dr Godlewskiego i prof. Dr Kleckiego, prezesa Sekcyi zakopiańskiej Tow. lek. gal. Dr Brzezińskiego i Zarządu galicyjskiego Czerwonego Krzyża z Pawłem ks. Sapiehą na czele. Przy otwarciu oprócz ks. Sapiehy przemawiał burmistrz Zakopanego p. Regiec, lekarz stacyi klimatycznej Dr Gabryszewski, a imieniem Wydziału krajowego inspektor Dr Müller.

— Nader charakterystyczny był wynik konferencyi w sprawie funduszów na zwalczanie gruźlicy w Galicyi, odbytej w Krakowie 8. IX. przy udziale r. dw. Dr Haberlera i insp. Dr Taubego ze strony ministerstwa spraw wewnętrznych, szefa departamentu Dr Bernadzikowskiego i sekretarza Dr Ostrowskiego-Bełzy ze strony Wydziału krajowego, r. dw. Brücknera ze strony Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami, prof. Dr Wiczkowskiego, doc. Dr Janiszewskiego i Dr Rospędzihowskiego ze strony Biura kraj. Komisyi przeciwgruźliczej, krajowego referenta sanitarnego r. dw. Lachowicza i lek. pow. Dr Momidłowskiego. Przedstawiciele ministerstwa oświadczyli, że na zwalczanie gruźlicy w Galicyi łożyć powinien w pierwszym rzędzie Wydział krajowy, a rząd udzieli tylko subwencyi na poszczególne zakłady. Natomiast wszyscy inni uczestnicy konferencyi, sprzeciwiając się temu, żądali zasiłków z funduszów państwowych w takiej wysokości, w jakiej je określi Krajowa Komisya przeciwgruźlicza. (Jak wiadomo, z wielomilionowych funduszów przeciwgruźliczych państwowych otrzymała Galicya dotąd ledwo 150.000 kor.).

Z różnych stron. Pierwszy w Austryi minister zdrowia publicznego, Dr Jan Horbaczewski, narodowości Ukraińskiej, urodzony w r. 1854 w Zarubińcach pod Tarnopolem, ukończył studya lekarskie w Wiedniu i tam też został asystentem przy katedrze chemii lekarskiej. Zdobywszy sobie pracami w tym dziale nauki głośne imię, został w r. 1883 mianowany profesorem nadzwyczajnym, a w r. 1884 profesorem zwyczajnym czeskiego uniwersytetu w Pradze. Mianowany radcą dworu i członkiem Najwyższej Rady zdrowia, a wreszcie w r. 1909 członkiem Izby Panów; obecnie jako minister ma za zadanie przygotować organizacyę ministerstwa zdrowia.

Redakcya otrzymała: Borowiecki: O t. zw. arinencefalii i jej stanowisku wśród wad rozwojowych mózgu. Kraków (Akad. Umiej.) 1917. — J. Jaworski: Spis prac i rozpraw za 25-lecie. Warszawa 1917. — Klaar i Wachtel: Die Operation der Steckgeschosse im Röntgenlicht. (Deutsche m. W. 1917). — Grzywo-Dąbrowski: 1) Spostrzeżenia z dziedziny anatomii patologicznej duru osutkowego. 2) Przyczynek do kliniki objawów nerwowych w durze osutkowym. (Gaz. lek. 1917). 3) Cztery przypadki śmiertelnego zatrucia grzybami. (Med. i Kron. lek. 1917).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Wrzesień. (Cena 2·50 Mk.).

Zeszyt ten zawiera rozprawy: Dr Jaffego o higienie społecznej w Niemczech w r. 1916, prof. Linigera o nowoczesnem leczeniu uszkodzeń wskutek wypadku i prof. Sudhoffa o opiece nad inwalidami wojennymi ze stanowiska historycznego.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1917.

Gazeta lekarska Nr 34—38.: Horodyński: Przypadek porażenia nerwów obwodowych z powodu opaski sprężystej (35). — Sohn: Cukromocz a cholesterynemia ciężarnych (34—37). — Zembrzuski: Przypadek uporczywej przetoki ślinnej (36). — Szokalski: Odczyn Weil-Felixa w durze plamistym (37—38). — Borsukiewicz: Przypadek zespołu chorobnego: chorea, endocarditis, polyarthritis et erythema nodosum (38).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 34—38.: Higier (dok. 35). — Saidman: Przyczynek doświadczalny nad *(sic!)* przetoką Ecka (36—38). — Likiernik: Nabłoniak skóry zaraźliwy, przewlekły nieżyt łącznicy i jaglica rzekoma (38).

Kronika dentystyczna Nr 9.: Cieszyński: Instytut dentystyczny Uniwersytetu lwowskiego.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 41. Kraków, 13. października 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4 1/2 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 13. października 1917. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału dla chorób nerwowych c. i k. szpitala rezerwowego we Lwowie

Analiza zaburzeń ruchowych w nerwicach wojennych

podał

Dr Jakób Rothfeld,

asystent kliniki chorób nerw. Uniwersytetu lwowskiego, obecnie kierownik oddziału.

Stosunkowo częstym objawem w nerwicach, powstałych w czasie obecnej wojny, jest drżenie kończyn dolnych, które może być połączone z kurczami mięśniowymi. W niektórych przypadkach nietylko kończyny dolne, ale wszystkie mięśnie ciała mogą być dotknięte drżeniem i kurczami. Nonne i Fürstner opisali te stany jako pseudospastyczny niedowład (paresis) z drżeniem, Oppenheim nazwał je w czasie obecnej wojny »myotonoclonia trepidans«.

Drżenie występujc często w chwili rozpoczętego (zamierzonego) ruchu, czasem jednak istnieje ono u chorego jeszcze w stanie spoczynku. Chód tych chorych bywa różny, zależnie od tego, czy drżenie stale się utrzymuje, czy występują kurcze mięśniowe, względnie czy przeważają kurcze lub drżenie. W przypadkach cięższych posuwają się chorzy drobnymi krokami naprzód, nie podnosząc prawie stóp, tylko je posuwając; nogi są wyprostowane, napięte, czasem szeroko rozstawione; często widzi się, że nagle jedna noga wysuwa się zbyt daleko naprzód, albo ją chory zbyt wysoko podnosi. Są to ruchy mimowolne, bezładne, gwałtowne, które burzą równowagę ciała chorego; tułów bywa przechylony ku przodowi. Chorzy robią niepewne wrażenie, zdaje się, że lada chwila upadną; mimoto wielu z nich chodzi bez wszelkiej podpory. Drżenie wzmaga się w czasie chodzenia, a ze wzrastającem zmęczeniem chód staje się coraz gorszym, aż w końcu chory nie może wcale chodzić.

Rozmieszczenie drżenia w poszczególnych grupach mięśniowych ma pewien stały typ, i tak, drży najczęściej mięsień czworogłowy uda, mniej zginacze kolana i mięśnie goleni; do rzadkości należy drżenie stopy.

Analizę powyższych objawów, spostrzeganych w nerwicach, podał Erben[1]), który wykazał, że drżenie występuje lub wzmaga się w tych mięśniach, które chory napina celem wykonania ruchu; w mięśniach dowolnie nie napiętych drżenie nie występuje. Jeżeli chory, stojąc, zegnie nogę prawą w stawie kolanowym i biodrowym, to drżenie na tej nodze ustanie, a widoczne jest tylko na nodze lewej; na nodze prawej nie wykonywa mięsień czworogłowy żadnej czynności, gdy na lewej mięsień ten jest napięty i musi utrzymać kolano. Inny przykład: podczas siedzenia na łóżku z wyprostowanemi nogami drżą prostowniki kolana; drżenie to ustaje, jeżeli chory podeprze się rękami, gdyż wtedy napięcie prostowników wolnieje. Przez odpowiednie ustawienie kończyn uwalniał Erben pewne grupy mięśniowe od czynnego napięcia i wykazał w ten sposób, że drżenie wtedy występuje, kiedy chory dany mięsień nerwuje. Erben zauważył nadto, że przez szybko po sobie następujące ruchy bierne drżenie chwilowo ustaje. Erben przypuszcza, że w czasie tych szybkich ruchów biernych chory niema czasu, ani możności dowolnego napięcia mięśni, że więc ruchy, zależne od woli chorego, są wtedy niemożliwe. Na to kładzie Erben wielki nacisk, gdyż jego zdaniem wola toruje drogę objawom klonicznym; nasilenie tych objawów jest zatem zależne od woli w ten sposób, że wola wywołuje napięcie mięśni, a następowo ujawnia się drżenie, które jest mimowolne. Chory nie może wykonać spokojnie ruchu kończyną, gdyż w chwili dowolnej inerwacyi mięśnie poczynają drżeć; jeżeli wyłączymy pewien mięsień od dopływu bodźców woli, wtedy drżenie ustaje. Dzieje się to albo przez odpowiednie ustawienie kończyny, w którem dane mięśnie są nieczynne, albo przez szybkie ruchy bierne. Zdaniem Erbena polega chód u naszych chorych również na tem, że przez szybkie małe kroki chory stara się ujść drżeniu, że w ten sposób chory łatwiej się posuwać może, aniżeli dużymi krokami. Nienaturalne wysuwanie kończyn i niezborne ruchy, jakie często spostrzegamy, są wynikiem dążności chorego do zrobienia wielkiego kroku i właśnie ta dowolna inerwacya mięśni wywołuje objawy kloniczne, czyli chory woli posuwać się drobnymi krokami. Przechylanie tułowia ku przodowi lub wykręcanie tułowia w jedną lub drugą stronę są środkami pomocniczymi dla większego przyspieszenia chodu, aby w ten sposób łatwiej ujść objawom klonicznym, które choremu w chodzeniu przeszkadzają.

Miałem sposobność w wielu przypadkach przekonać się o słuszności niektórych spostrzeżeń Erbena. Poniżej podaję analizę, którą przeprowadziłem na podstawie całego szeregu przypadków nerwic, powstałych na tle obrażeń lub na tle wstrząsu. Analiza ta umożliwia głębiej wniknąć w istotę objawów nerwicowych, połączonych z drżeniem.

1) Jeżeli polecimy choremu, leżącemu na grzbiecie, unieść wyprostowaną nogę ku górze, to w chwili, kiedy chory podnosi kończynę i napina mięsień czworogłowy, występuje w tej grupie mięśniowej drżenie; kończyna cała waha się, unosi się ku górze i opada, zgina się w stawie kolanowym i znowu się prostuje. Są to ruchy krótkie, występujące w nieregularnych odstępach czasu, które się nasilają w miarę trwania inerwacyi mięśni, potrzebnych do podniesienia kończyny ku górze. Jeżeli kończyna doszła do pewnej maksymalnej wysokości, wtedy chory nie może jej długo utrzymać, kończyna nagle opada. Do uniesienia wyprostowanej kończyny potrzebne jest napięcie zginaczy uda (iliopsoas, tensor fasciae latae, sartorius) i prostowników kolana (quadriceps cruris). W naszym przypadku wystąpiło

[1]) Wien. klin. Woch. Nr 36. 1916.

obok ruchów, zależnych od napięcia tych mięśni, drżenie prostowników kolana, a nadto unerwione były mięśnie zginające kolano i prostowniki stawu biodrowego. Inerwacya tych mięśni przeciwniczych wywołała ruchy przeciwne, aniżeli te, które chory według naszego żądania zamierzał wykonać.

2) Chory ma zgiąć kończynę w stawie kolanowym i biodrowym. Przy tym ruchu mięsień czworogłowy nie drży, w czasie zginania występują krótkie ruchy prostujące, tak że chory nie może odrazu nogi spokojnie przyciągnąć. gdyż ruch ten jest przerwany wahaniami, wywołanemi inerwacyą mięśni przeciwniczych, prostujących.

3) Jeżeli polecimy choremu, który ma nogę zgiętą w stawie kolanowym i biodrowym, wyprostować ją tylko w stawie kolanowym, tak aby kończyna stanęła pionowo ku górze, to już w chwili, kiedy chory zaczyna nogę wyprostowywać, okazuje się drżenie prostowników kolana, a nadto występuje mimowolne zginanie kolana, które przeszkadzają zamierzonemu ruchowi; oprócz tego można zauważyć, że im dalej postępuje wyprostowywanie w stawie kolanowym, tem częściej występuje opadanie kończyny w stawie biodrowym, noga cała się obniża, to znowu podnosi, aż wreszcie całkiem opada. W tym przypadku potrzeba do wykonania ruchu działania zginaczy uda (iliopsoas) i prostowników kolana. Równocześnie z inerwacyą tych mięśni wystąpiło drżenie w mięśniu czworogłowym, ruchy prostujące w stawie kolanowym jako wynik mimowolnej inerwacyi mięśni przeciwniczych, a nadto zauważyć można, że działanie mięśni zginających udo słabnie w miarę wyprostowywania kończyny i że kończyna w końcu opada.

4) Jeżeli chory wyprostowuje kończynę, zgiętą w stawie kolanowym i biodrowym, to drżenie mięśnia czworogłowego rośnie w miarę, im bardziej kończyna się prostuje. Ten ruch prostujący jest przerywany przez mimowolne ruchy zginające kończynę.

5) Jeżeli uniesiemy wyprostowaną kończynę biernie ku górze do linii pionowej, to chory nie może kończyny dalej utrzymać w tem położeniu; kończyna opada już po kilku sekundach. Zauważyć trzeba, że nie jest to regułą i że bywają przypadki, o których później jeszcze będzie mowa, w których chory może zupełnie dobrze nogę unieść wysoko ku górze i utrzymać w tem położeniu.

Przy badaniu 1, 3, 5, potrzebna była równoczesna inerwacya mięśni zginających udo (iliopsoas) i prostowników kolana, w przypadku 2) inerwacya zginaczy uda i kolana, w badaniu pod 4) przytoczonem — prostowników kolana i uda.

Z doświadczeń tych wynika: a) że drżenie w prostownikach kolana występuje wtedy, kiedy mięśnie te bywają dowolnie pobudzone do czynności, co się zgadza ze spostrzeżeniami Erbena; b) że przy równoczesnej inerwacyi mięśni zginających udo i prostowników kolana ustaje napięcie zginaczy uda (iliopsoas), tak że kończyna opada, że zatem większość chorych naszych nie może unieść wyprostowanej kończyny ku górze; c) że we wszystkich próbach wyżej podanych występują mimowolne ruchy, przeciwdziałające ruchom zamierzonym; ruchy te mają charakter ruchów niezbornych, są krótkie, gwałtowne, występują w nieregularnych odstępach czasu i są wynikiem inerwacyi mięśni przeciwniczych.

Niezależnie od przytoczonych objawów może istnieć drżenie całej kończyny, bądź to w spokoju, bądź też przy ruchach lub przy wzruszeniu; również niezależnie pojawiać się mogą kurcze mięśniowe. Zarówno drżenie, jak i kurcze, przyczyniają się znacznie do nasilenia objawów i utrudniają ruchy kończyn, nie zmieniają jednak zasadniczo powyżej opisanych objawów przy próbach badania.

Nasuwa się pytanie, do jakiej grupy zaburzeń ruchowych zaliczyć należy wspomniane objawy. Oppenheim [2]) opisał zaburzenia ruchowe, polegające na utracie obrazów pamięciowych (Erinnerungsbilder) dla ruchów, akinesia amnestica, albo polegające na fałszywym podziale bodźców. Przy zupełnem porażeniu na tle akinezyi amnestycznej chory nie rusza zupełnie dotkniętą kończyną, która skutkiem tego sprawia wrażenie organicznie porażonej. Jeżeli porażenie nie jest zupełne, to biernie udzielone położenie kończyny chwilowo się utrzymuje. Do tej samej grupy zaburzeń ruchów należą te, które są wynikiem nieodpowiedniego rozdziału bodźców. Jeżeli n. p. polecimy choremu, aby ścisnął rękę badającego, to albo nie widzi się żadnego ruchu, albo tylko bardzo nieznaczny; natomiast można zauważyć wybitne napięcie mięśni przeciwniczych, wręcz odwrotne, aniżeli to, które jest potrzebne do wykonania zamierzonego ruchu. Oppenheim określa te zaburzenia, jako zaburzenia kojarzenia, które się różnią od bezładu (ataxia) tem, że występują tylko przy użyciu siły i przy wykonywaniu pewnej pracy, a nie przy samych ruchach kończyn.

Na całym szeregu przypadków nerwic z drżeniem kończyn dolnych badałem chorych w kierunku tych zaburzeń ruchowych i stwierdziłem, że bardzo często znajdujemy przy drżeniu i kurczach mięśniowych kończyn dolnych zaburzenia ruchowe w kończynach górnych, polegające na fałszywym podziale bodźców. Jeżeli n. p. polecimy choremu trzymać ramię zgięte w stawie łokciowym przeciw sile badającego, to występują mimowolne, krótkie, po sobie następujące ruchy prostujące; jeżeli polecimy mu wyprostować ramię przeciw sile, to chory mimowoli je zgina. Ruchy te, przeciwne ruchom zamierzonym, występują w krótkich, nieregularnych odstępach czasu, przytem jest widoczna dążność chorego do wykonania ruchu zamierzonego; na twarzy jego widać wysiłek, oddech jest przyspieszony, nieregularny. Chory podaje, że chciałby żądany ruch wykonać, ale nie może. Przy badaniu kończyn dolnych co do tych objawów, miałem wrażenie, że i tu mamy te same zaburzenia. Przy zginaniu kończyny przeciw mojej sile występowały krótkie, gwałtowne, nieregularne ruchy prostujące, przy zamierzonem wyprostowywaniu noga się zginała. Początkowo nie mogłem rozstrzygnąć, czy zaburzenia te należą do grupy zaburzeń, opisanych przez Oppenheima, czy też są wywołane drżeniem, względnie wstrząsaniem kończyny. Później miałem sposobność badać chorych, u których objawy niedługo trwały, 5—12 dni po urazie (zasypanie wskutek wybuchu granatów, urazy wskutek ciśnienia powietrza i t. d.). Drżenie w tych przypadkach nie było zbyt silne, co ułatwiało badanie. Zwłaszcza tam, gdzie nie było drżenia całej kończyny w spokoju, które zwyczajnie wzmaga się z każdym ruchem, mogłem z pewnością stwierdzić, że u tych chorych istnieją zaburzenia, polegające na fałszywej inerwacyi mięśni. Przy próbie zgięcia kończyny w stawie kolanowym i biodrowym w pozycyi leżącej następowało z początku nieznaczne zgięcie, wnet jednak można było zauważyć ruch prostujący kończynę, a dalsze usiłowania chorego, aby nogę do siebie przyciągnąć, przerywane były krótkimi ruchami przeciwnymi, prostującymi kończynę. Ruchy te nasilały się w miarę, im więcej chory starał się kończynę zginać, aż w końcu cała kończyna poczęła gwałtownie trząść się. Odwrotnie przy próbie wyprostowania występowały krótkie, urywane zginania, które również wzrastały wnet do wstrząśnień. Im więcej przypadków tego rodzaju badałem, tem bardziej upewniałem się w przekonaniu, że wstrząsanie kończyny (Schütteln) — nie drżenie poszczególnych grup mięśniowych — polega na fałszywym rozdziale bodźców, na fałszywych inerwacyach, że więc mięśnie przeciwnicze bywają mimowoli równocześnie pobudzane do czynności i że one przeszkadzają wykonaniu zamierzonego ruchu. Niektóre przypadki, zwłaszcza te, w których zaburzenia ruchowe były w jednej nodze znaczniejsze, aniżeli w drugiej, ułatwiały znacznie analizę zaburzeń ruchowych. W jednym takim przypadku występowały na kończynie dolnej prawej drżenia ze wstrząsaniem kończyny i kurcze mięśniowe, na lewej zaś kurcze

[2]) Oppenheim: Neurosen infolge von Kriegsverletzungen. Berlin 1916.

były bardzo nieznaczne, a w spoczynku nie było drżenia mięśni. Lewą, mniej dotkniętą kończynę mógł chory zginać w stawie kolanowym i biodrowym, ale ruchy te przerywane były ruchami przeciwnymi, które nasilały się aż do wstrząsania kończyny, i to tem znaczniej, im częściej chory ruchy te wykonywał. Śledząc te ruchy od pierwszej chwili, można było spostrzegać, jak fałszywe inerwacye, wspólnie z dążnością do wykonania zamierzonego ruchu, przeistaczały się we wstrząsanie kończyny. Chory ten mógł wyprostowaną lewą dolną kończynę unieść mniej więcej na $^1/_2$ m wysoko ku górze (zgięcie w stawie biodrowym); na tej wysokości występowały wahania kończyny, zgięcie w stawie kolanowym, obniżenie i podnoszenie uda w stawie biodrowym; w prostownikach kolana występowało drżenie.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.

Badania doświadczalne
nad wpływem nacięć krzyżowych twardówki (sclerotomia cruciata superficialis) Wicherkiewicza na oko zwierząt nowonarodzonych

podał

Dr Tadeusz Kleczkowski,
I. asystent kliniki.

Wielkość gałki ocznej nie u wszystkich ludzi jest jednakowa. Tak jak spotykamy ludzi najrozmaitszego wzrostu, tak również stwierdzić możemy różnej wielkości gałki oczne. Dopóki stosunek wielkości oka do wielkości całego ustroju jest zachowany, dopóty gałkę oczną — co do jej wielkości — możemy uważać za prawidłową.

Zachowanie tego stosunku ma ogromne znaczenie. Z jednej strony wiemy, że wielkość wymiarów oka jest jednym z najważniejszych warunków, od którego zależna jest łamliwość oka, z drugiej zaś strony doświadczenie uczy, że jedne schorzenia oka łatwiej rozwijają się w oczach małych, a więc dalekowzrocznych, drugie zaś w oczach dużych, krótkowzrocznych. Mam tu na myśli w pierwszym przypadku jaskrę, w drugim zaś krótkowzroczność postępującą ze wszystkiemi jej, tak szkodliwemi następstwami.

Tak jak wogóle w przyrodzie nie możemy ścisłej postawić granicy między zdrowiem, a chorobą — tak również jest i z określeniem wielkości oka. Zmiany w wielkości oka, pociągające za sobą jedynie tylko zmianę w jego łamliwości, możemy uważać, oczywiście do pewnego stopnia, za leżące w granicach fizyologicznych. Wielkość gałki ocznej może jednak odbiegać znacznie od prawidłowej, średniej wielkości, wtedy tego rodzaju przypadki należą już do patologii.

Oko od urodzenia może być znacznie mniejsze, mamy wtedy wadę rozwojową (mikrophthalmus), lub oko przewyższa swoimi rozmiarami oczy prawidłowe, mówimy wtedy o wodooczu (hydrophthalmus). Stan oka, który określamy mianem wodoocza, może być albo wrodzony, albo rozwinąć się może w pierwszych latach życia. Czystą postacią tego schorzenia jest jaskra pierwotna; nadmienić tu jednak trzeba, że nie każda jaskra wieku dziecięcego wywołuje powiększenie gałki ocznej (Schmidt-Rimpler) (1). Znane są przypadki, w których mimo wszystkich objawów jaskry, nie doszło jednak do powiększenia oka. Przypadki te są rzadkie, a wymownem świadectwem tego jest statystyka Löhleina (2), zebrana na podstawie materyału klinicznego innych autorów.

Drugą postacią wodoocza jest powiększenie się gałki ocznej w następstwie jaskry następowej. Najczęstszą przyczyną jest zazwyczaj wiewiór oczu u noworodków z przyczepami przednimi, wrzodami rogówki i wytworzeniem się garbiaka, dalej skaleczenia, zapalenia tęczówki i naczyniówki i t. d.

Powiększenie gałki ocznej w następstwie zwiększonego ciśnienia śródocznego wskutek jaskry czyto pierwotnej, czy następowej, spostrzegamy jedynie w wieku młodym, a im chory, dotknięty jaskrą, jest starszy, tem możliwość powstania wolego oka staje się coraz mniejszą. Objaw ten tłómaczyć sobie możemy od czasu Mauthnera (3), który jeden z pierwszych zwrócił uwagę na szczególnie wielką elastyczność ścian oka, a więc w głównej mierze twardówki, w następstwie czego podwyższone ciśnienie śródoczne może w wysokim stopniu wywołać powiększenie wymiarów całej gałki ocznej.

Od roku 1910 wykonywał prof. Wicherkiewicz (4) (5) w klinice krakowskiej nacięcia krzyżowe twardówki (sclerotomia cruciata superficialis) we wszystkich przypadkach, w których objawy jaskry występują jako następstwo zwiększonej niepodatności twardówki (glaucoma simplex), następnie również w przypadkach jaskry zapalnej, gdzie zwiększona odporność twardówki jest przyczyną współdziałającą i kiedy mimo wykonania irydektomii objawy jaskry nie ustępują.

Operacya ta wskazana jest dalej w przypadkach rozwinięcia się objawów jaskry podczas zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, kiedy nakłucie z innych powodów jest przeciwwskazane, następnie, jako operacya przygotowawcza w przypadkach jaskry, przy zaćmie i przy jaskrze krwotocznej.

Pomyślny wpływ sklerotomii Wicherkiewicza spostrzegano w krakowskiej klinice również w kilku przypadkach stożkowatości rogówki (keratoconus) i rogówki olbrzymiej (keratoglobus). Bystrość wzroku wzrastała, stopień krótkowzroczności i nieregularnej niezborności rogówki zmniejszał się. Na objaw ten, dowodzący zmiany w wypukleniu rogówki po operacyi, szczególnie zwracam uwagę, gdyż to spostrzeżenie kliniczne odpowiada najzupełniej wynikom, jakie otrzymałem w doświadczeniach moich na zwierzętach, o których mam zamiar poniżej mówić.

Jak należy sobie tłómaczyć działanie sklerotomii na oko?

Wicherkiewicz tłómaczył je w następujący sposób. W pewnych przypadkach twardówka staje się mniej podatną, z powodu zmian wstecznych, przerostu łącznotkankowego, a może nawet, jak sądzi Stransky (6), w następstwie przewlekłych zmian zapalnych. Zmiany te z łatwością mogą doprowadzić do zarośnięcia dróg odpływowych między przestrzenią nadnaczyniówkową a przestrzenią Tenona. Jak wiadomo, żyły wirowate twardówki otoczone są przestrzeniami limfatycznemi, które przez przerost łącznotkankowy łatwo mogą uledz zacieśnięciu, a nawet mogą całkowicie zarosnąć. Nacięcia krzyżowe twardówki aż do głębokich jej warstw usuwają, przez stworzenie nowych dróg, zastój cieczy śródocznej, która nie mogła poprzednio odpłynąć.

To teoretyczne rozumowanie zostało potwierdzone klinicznie na przeszło 200 przypadkach, w których sklerotomia zawsze obniżała wysokość ciśnienia śródocznego, mierzonego tonometrem Schiötza, a tam, gdzie warunki na to pozwalały, poprawiała bystrość wzroku i szerokość pola widzenia.

Wodoocze jest schorzeniem, w którem lecznictwo nasze bardzo małe daje wyniki. Stwierdza to również materyał kliniki okulistycznej krakowskiej. Oko w tych razach rośnie dalej, bystrość wzroku coraz bardziej z biegiem czasu zanika, a nierzadko oko, jako szpecące, z kosmetycznych względów zostaje operacyjnie usunięte.

Irydektomia Graefego, tak świetnie działająca w przypadkach jaskry zapalnej u ludzi dorosłych, pociąga za sobą już w czasie operacyi dość często krwotoki i nie wywiera

żadnego wpływu hamującego na dalszy wzrost oka. Tłomaczyć to sobie możemy tem, że podwyższenie ciśnienia śródocznego w przypadkach wodoocza jest w przeważającej większości przypadków wynikiem wadliwego rozwoju dróg filtracyjnych oka, a niejednokrotnie nawet zupełnym brakiem kanału Schlemma (Seefelder (7), Dürz i Schlegdendal (8) i in.). Irydektomia w tych przypadkach nie może naturalnie żadnych dać wyników dodatnich, stosunki bowiem dróg odpływowych pozostają nadal takiesame. Sklerotomia, wytwarzająca nowe drogi odpływowe w twardówce, wydawała się operacyą w tych razach odpowiednią.

O ile zdołałem się przekonać z przejrzenia historyi chorób z ostatnich lat kliniki okulistycznej krakowskiej, wykonał prof. Wicherkiewicz sklerotomię w trzech przypadkach nabytego wodoocza.

I. 302. 1913 r. B. K. lat 20. 14. I. 1913. 5 lat chorowała na oczy; od tego czasu lewe oko rośnie. T. = lo. 53. V plc. 2 m. L. o: gałka o $^1/_3$ powiększona, granica między rogówką a twardówką zatarta, twardówka górą wewn. i zewn. rozdęta. Na rogówce górą i dołem bielmo, zrosłe z tęczówką. Źrenica 4 mm, oddziaływa, górą i dołem zrośnięta z bielmami. Przednia komora płytka. Oftalm. tarcza widoczna, skośna, naczynia zagięte.

Rozpoznano: Buphthalmus. Leucoma corn. adh. Glaucoma chronicum oc. sin.

17. I. 1913 r. Wstrzyknięto podsp. coca + supraren., sclerotomia cruciata superficialis modo Wicherkiewicz oc. sinistri et sclerectomia posterior modo Wicherkiewicz. Zaraz po rozpoczęciu cięć podłużnych, powierzchownych, gałka okazuje się miękką, prawdopodobnie z powodu nakłucia bardzo cienkiej twardówki ostrym haczykiem. Zrobiono jeszcze kilka cięć, potem uchwycono szczypczykami lekko fałdującą się twardówkę i odcięto pasek twardówki $1^1/_2$ mm długi, a $^1/_2$ mm szeroki. Przez odcięcie tego paska obnażono naczyniówkę, która jednak nie wypadła. Opaska zwojowa. — 19. I. T. 2 do 3. — 20. I. Gałka trochę zmniejszona. — 25. I. Gałka mniejsza, rogówka czysta. Przednia komora miernie głęboka. T. 45, po miesieniu 35. — 31. I. oko mniej wypuklone, niż przed operacyą.

II. 3221. 1914 r. 5. VI. L. M. 25 lat. mężcz. Od 2 tygodni oko łzawi, czerwone. Jako dziecko uderzony w prawe oko. Od 2 tygodni oko rośnie. T. + 2.

Pr. o.: Gałka w całości o $^1/_3$ powiększona, spojówka gałki silnie przekrwiona, zwłaszcza górą zewn. Przy rąbku część twardówki górą pasem 4 mm sinawo przebija. Rogówka o powierzchni gładkiej; nieco poniżej środka, w głębszej warstwie wysycone nieregularne, szaro-żółte zmętnienie. Do niego dochodzi od skroni kilka naczyń tylnych, dość grubych. Przednia komora płytka, zwłaszcza w obwodowych częściach. Rysunek tęczówki zatarty, częściowo tęczówka zanikła; w miejscu źrenicy błona szarożółta. Dołem zewn. na tęczówce skrzepy.

Rozpoznano: Buphthalmus. Glaucoma consecutivum o. dex.

5. VI. Sclerotomia cruc. superf. modo Wicherkiewicz. Cięcia górą zewn., 5 podłużnych, 4 poprzeczne. Twardówka b. krwawi. Zaraz po operacyi T. 36. V. O. — 6. VI. V. O. T. 32.— 8. VI. T. 32. Gałka w całości mniejsza.

III. 3231. 15. S. J. l. 3. Od miesiąca na pr. o.: zachodzi błonka; przedtem łzawiło i ropiało. T. + 3. Pr. o.: Gałka w całości o $^1/_3$ powiększona. Granica rogówki i twardówki zatarta; na rogówkę ze wszystkich stron zachodzą dość liczne powierzchowne naczynia. Rogówka wcałości zmętniała o powierzchni jakby nakłutej. Na tylnej powierzchni rogówki plama ciemnoczerwona 4 mm średnicy. Komora płytka, źrenica 6 mm, nieregularna, ku wewnątrz przesunięta. Rysunek tęczówki zatarty. W twardówce, tuż przy rąbku górą zewnątrz i dołem, lekkie wypuklenia szarawe. Twardówka naokoło pasem szerokim 3 mm ciemno przebija.

Rozpoznanie: Buphthalmus. Glauc. cons., sclerectasia o. dex.

12. VI. Sclerotomia cruc. modo Wicherkiewicz. Cięcia dołem wewn. 4 podłużne, 5 poprzecznych, krwawienie, 2 szwy. T. 32 zaraz po operacyi. — 19. VI. T. norm. Oko całe zdaje się mniejsze. Coca + adrenalina. — 14. VII. Oko trochę mniejsze, niebolesne.

We wszystkich tych trzech przypadkach widzimy wprost natychmiastowe działanie sklerotomii. Pierwszym objawem jest obniżenie ciśnienia śródocznego, mierzonego tonometrem Schiötza. Obniżenie to stawało się jeszcze znaczniejszem po każdorazowem miesieniu. Drugim objawem jest zmniejszenie się wymiarów gałki ocznej, co jest bezpośredniem następstwem obniżenia się ciśnienia śródocznego. Objaw ten, który nazajutrz już po operacyi staje się widocznym, tłómaczyć sobie możemy cofnięciem się rozdętej twardówki ze swojego położenia odśrodkowego do położenia więcej pierwotnego, w jakiem się znajdowała, gdy to rozdęcie nie było jeszcze tak silne. Działanie więc w tym przypadku jest jedynie mechaniczne, a będzie tem wybitniejsze, im więcej jest zachowana elastyczność twardówki. Jedno z dzieci obserwowano przez miesiąc, dwoje innych krócej. W miesiąc po operacyi skutek był jeszcze widoczny.

Te wyniki sklerotomii w wodooczu, jak również poprawa bystrości wzrokowej i zmniejszenie się stopnia krótkowzroczności po operacyi przy rogówce olbrzymiej, stały się punktem wyjścia moich doświadczeń ze sklerotomią na zwierzętach nowonarodzonych.

Zasadniczem pytaniem, jakie sobie postawiłem, było przekonać się, jak obniżenie ciśnienia śródocznego, wywołane przez sklerotomię, będzie wpływać na wzrost oka zwierzęcia nowonarodzonego w porównaniu z okiem drugiem, nieoperowanem.

Punktem wyjścia było teoretyczne założenie, że do prawidłowego wzrostu oka jest potrzebne zachowanie odpowiedniego stosunku między powiększeniem liczby elementów składowych tkanek oka, a ciśnieniem śródocznem, utrzymującem prawidłowe napięcie zewnętrznych ścian oka. Jeżeli ciśnienie śródoczne obniżymy przez stworzenie nowych dróg odpływowych, to brak może będzie tego silnego czynnika mechanicznego, będącego bodźcem do prawidłowego wzrostu oka. Wpływ więc ciśnienia śródocznego na wzrost oka młodego jest tematem niniejszej mojej pracy.

Sklerotomię Wicherkiewicza wykonałem na 10 nowonarodzonych królikach, na trzeci dzień po urodzeniu. Króliki były jeszcze zupełnie nieuwłosione, a szpara powiekowa zarośnięta. Po przecięciu szpary powiekowej i zapuszczeniu kokainy przecinałem górą zewnątrz między mięśniem prostym górnym, a zewnętrznym, spojówkę gałkową i rozchyliwszy spojówkę, nacinałem powierzchownie bardzo cieniutką twardówkę trzema podłużnemi, równoległemi i dwoma prostopadłemi do nich cięciami. Spojówki następnie nie zeszywałem. Drugie oko pozostawiałem nienaruszone, dla porównania. W żadnym z tych 10 przypadków nie przeciąłem całej grubości twardówki, tak że treść płynna oka nigdy na zewnątrz się nie wydostała. Króliki pochodziły od trzech matek, z których pierwsza miała 4 młodych, a druga i trzecia po troje. Przebieg pooperacyjny wszędzie był prawidłowy, a skutek operacyi wszędzie jednakowy. W pierwszym tygodniu mniej więcej różnicy w wielkości gałki ocznej operowanej, a nieoperowanej, trudno się było dopatrzeć, potem z dnia na dzień różnica ta występuje coraz wybitniej. Od szóstego tygodnia po operacyi różnica wielkości obu gałek ocznych jakgdyby stawała się mniejsza. Pozostaje jednak objaw szczególnie wybitny, znacznie mniejszego wypuklenia rogówki, oraz zmniejszenia jej wymiarów.

Z tych doświadczeń wynika, że nacięcia krzyżowe twardówki, wykonane sposobem Wicherkiewicza, wywierają wpływ hamujący na prawidłowy wzrost oka. Zahamowanie to należy sobie tłómaczyć jedynie obniżeniem ciśnienia śródocznego, wywołanem przez wytworzenie nowych dróg odpływowych (względnie ułatwienie odpływu, już prawidłowo istniejącego) dla cieczy śródocznej z przestrzeni nadnaczyniówkowej do przestrzeni Tenona.

Teoretyczna wartość takich doświadczeń polega zdaniem mojem na tem, że stwierdzają one, iż ostatecznie wielkość oka w znacznej mierze zależy od wysokości ciśnienia śródocznego, które podczas wzrostu prawidłowego oka w okresie wzrostu całego ustroju jest czynnikiem mechanicznym dużego znaczenia.

Porównując w moich doświadczeniach oko operowane z nieoperowanem, zauważyć możemy pomniejszenie wszystkich wymiarów oka w całości, jak również i rogówki, która

staje się mniej wypuklona, w następstwie czego przednia komora staje się w oku operowanem wybitnie płytszą, aniżeli w oku nieoperowanem. Objawy te najzupełniej odpowiadają budowie oka dalekowzrocznego.

Na podstawie dotychczasowych badań wiemy, że, począwszy od urodzenia, łamliwość oka w miarę wzrostu się zmienia. Łamliwość oka noworodków jest najpierw stosunkowo mała. Badania Herrnheisera (9), Biegla (10) i in. wykazały, że prawidłową łamliwością noworodków jest dalekowzroczność. Z biegiem czasu łamliwość staje się miarową, a w pewnych przypadkach, zwłaszcza zaś tam, gdzie dziedziczność odgrywa rolę, rozwija się krótkowzroczność.

W nacięciach krzyżowych twardówki posiadamy operacyę łatwą i nie niebezpieczną dla oka, a wywierającą wpływ na wzrost oka. Nasuwa się tu pytanie, czy sklerotomia w przypadkach dziedzicznej, postępującej krótkowzroczności, wykonana wcześnie, to znaczy w dzieciństwie, nie byłaby wskazana, jako operacya utrudniająca chociażby zwiększenie się krótkowzroczności. Na to pytanie może dać odpowiedź jedynie tylko doświadczenie kliniczne.

Piśmiennictwo. 1. Schmidt-Rimpler: v. Graefe Saemisch Handbuch d. ges. Aghk. Bd. VI. Abt. 1. 1908. — 2. Löhlein: Arch. f. Ophthalm. LXXXV. 3. S. = 393. 1913. — 3. Mauthner: Vortr. d. Gesamtgebiet d. Aghk. II. Wiesbaden 1889. — 4. Wicherkiewicz: Postęp okul. 1909. — 5. Wicherkiewicz: Bericht d. Ophth. Ges. Heidelberg 1913. — 6. Stransky: Die Anomalien d. Skleralspannung. Leipzig 1912. — 7. Seefelder: Arch. f. Ophth. LXIII. S. 205, 481. — 8. Dürr u. Schlegdendal: Arch. f. Ophth. XXXV. 2. S. 389. — 9. Herrnheiser: Die Refraktionsentwicklung d. menschlichen Auges. Berlin 1892. — 10. Biegl: według Steigera: Die Entstehung der sphärischen Refraktionen des menschlichen Auges. Berlin 1913.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 20. czerwca 1917.

W zastępstwie chorego prezesa przewodniczy sekretarz stały kol. prof. Nitsch. Obecnych członków 32.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przewodniczący wita gościa kol. Millera.

Kol. Dadej wygłosił wykład: **Spostrzeżenia nad tyfusem plamistym ze stanowiska klinicznego i bakteryologicznego (wartość odczynu Weila).** (Wykład w całości będzie ogłoszony drukiem).

Dyskusya:

a) Kol. Blassberg miał w szpitalu wojskowym sposobność obserwować chorych na tyfus plamisty, przysłanych na oddział z rozpoznaniem duru brzusznego. W rozpoznawaniu różniczkowem ważnym szczegółem rozpoznawczym jest: 1) nastrzykanie spojówek, 2) brak obrzęku śledziony, 3) niestosunkowo silne zajęcie przytomności. Badanie krwi co do ilości ciałek białych nie dawało pewnych wyników. Leukocytoza 7—16 tysięcy zdarzała się i w durze brzusznym. Tylko stwierdzenie leukopenii przemawiało za durem brzusznym. Kol. Dadej pominął tak zw. objaw »radyrkowy«, który polega na tem, że skóra pociągnięta palcem przedstawia obraz papieru, który wycierano gumą. Objaw ten niema jednak znaczenia.

b) Kol. Kostrzewski zapytuje, czy kol. Dadej robił szczepienia krwi?

c) Kol. prof. Nitsch: Chorobotwórczość bakteryi nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Stwierdzono, że one aglutynują się. Znajdować je można w jelitach wszy. Byłoby wskazanem badanie bakteryologiczne krwi i jałowego moczu często, n. p. co drugi dzień u tego samego chorego i w różnych okresach choroby. Szczepić można na bulionie, gdyż bakterye te, należące do grupy odmieńca (proteus), bardzo łatwo wyhodować się dadzą. Dotychczas wyhodowano je w małej liczbie przypadków. Co do leczenia, przypomina mowca prace Chełmońskiego nad leczeniem tyfusu plamistego w r. 1892 w Warszawie. Wstrzykiwał on podskórnie wyciąg wyjałowiony ze zgniłego mięsa. Sam leczył się także w ten sposób. Wyniki miał dodatnie, jak wykazuje statystyka śmiertelności innych lekarzy. Mowca wspomina o tem dlatego, że obecnie często mówi się o wstrzykiwaniu obcych ciał, n. p. mleka, w celu wywołania w ustroju nieswoistych odporności.

d) Kol. prof. Godlewski: Biologiczną metodą odwszawiania byłoby zamknięcie zawszonych rzeczy, sprzętów i t. d. i wyizolowanie od człowieka na przeciąg jakichś 3 tygodni, wychodząc z biologicznych właściwości wszy. Najnowsze badania wykazują, że wszy i przez powietrze przenosić się mogą. Obserwacye w kolumnach KBK stwierdzają, że każdy przypadek tyfusu plamistego był poprzedzony ukąszeniem wszy. — Mowca prosi o podanie dyety, stosowanej przez kolegów przy tyfusie plamistym, gdyż sprawa ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta.

e) Słuchacz med. p. Herman spostrzegał ozdrowieńców po tyfusie plamistym. Uderzającem było, jak trudno i powoli powracali ci chorzy do stanu prawidłowego. Główne zmiany pozostawały w zakresie układu nerwowego i mięśniowego. U wielu stwierdzić można było drżenie mięśniowe kończyn, mowę skandowaną i t. d. W 2 przypadkach stwierdzono stwardnienie rozsiane. Przyczyną tych zmian mają być ogniska sklerotyczne w mózgu i rdzeniu, których etyologia tasama, co krwotoków na skórze.

f) Kol. Blassberg w odpowiedzi prof. Godlewskiemu w sprawie dyety. Kol. Gieszczykiewicz podawał posilną płynną dyetę; tam gdzie apetyt dobry, a powikłań innych nie było, podawał dyetę stałą. Wskaźnikiem do dyety stałej przy gorączce jest: 1) dobry apetyt, 2) dobre trawienie, 3) brak zmian miejscowych w jelitach. Tosamo da się zastosować i w durze brzusznym.

g) Kol. Konwerski początkowo podawał dyetę płynną. Obecnie podaje się dyetę stałą tym, którzy jeść chcą. U ozdrowieńców stosuje się bardzo posilną dyetę.

h) Prof. Latkowski zwraca uwagę na zmiany patologiczne w większych naczyniach, występujące nieraz w przebiegu duru plamistego i wiodące czasem do obumarcia tkanek, przez nie unaczynionych. Zmiany te, polegające na naciekach drobnokomórkowych, wykazanych przez Fraenkla, występują z reguły w naczyniach drobnych i włosowatych, a w cięższych przypadkach i w naczyniach większych. To też pojawienie się zmian tych w tych większych naczyniach świadczyć może o ciężkości epidemii. Z chorób zakaźnych ostrych dur plamisty usposabia może najwięcej do pojawiania się zmian w układzie krążenia obwodowego. Do częstego występowania tychże przyczyniać się mogą czynniki uboczne, jak wpływy termiczne, ucisk wywołany noszeniem ciasnego obuwia lub spaniem w butach, jak się to zdarza zwłaszcza u żołnierzy rosyjskich. — Na łagodniejszy przebieg epidemii wpływa odporność wrodzona i nabyta, która występuje szczególnie u ludności tubylczej w okolicach, gdzie dur plamisty jest chorobą endemiczną. Co do zmian w układzie nerwowym, poruszonych w dyskusyi obecnej, to łatwo je wyjaśnić zmianami chorobowemi w naczyniach, rozsianemi tak w rdzeniu, jak i w mózgu, nieraz występującemi szczególnie w okolicy rdzenia przedłużonego. Obok tego stwierdzano też zmiany w nerwach obwodowych. Zmiany naczyniowe w układzie nerwowym są takie same, jak w naczyniach skórnych, dotyczą głównie śródbłonka i błony wewnętrznej, a przechodzą też na błonę zewnętrzną i tkankę ją otaczającą i wiodą do zgrubień rozsianych ścian naczyniowych, jakoteż tkanki otaczającej, które następowo wywoływać mogą zanik względnie zwyrodnienie komórek i włókien nerwowych. Od stopnia i siedziby tych zmian zależy ciężkość i rodzaj zaburzeń nerwowych, które ze względu na rozsiane usadowienie są bardzo rozmaite. Od stopnia tych zmian, tak jak i od stanu narządu krążenia, zależy też rokowanie w danym przypadku.

Sekretarka doroczna: Dr Wyżykowska-Michejdzina.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 15. VI 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokółuje kol. Bocheński.

I. Uchwalono, by prezydyum w imieniu Towarzystwa interweniowało u właścicieli Truskawca w celu nakłonienia ich do otwarcia tego zdrojowiska w bieżącym sezonie dla użytku publiczności.

II. Przewodniczący odczytuje pismo z zaproszeniem na ankietę, która ma się odbyć w Krakowie 21 czerwca celem ustalenia zasad organizacyi sanitarnej na ziemiach polskich. Wyniki tej ankiety mają być przedstawione Zjazdowi higienistów w Warszawie jakoteż Kołu polskiemu, Ministerstwu dla Galicyi i T.

Radzie Stanu. Jako delegaci Towarzystwa udadzą się na powyższą ankietę prezes Towarzystwa kol. Kohlberger i kol. Papée.

W myśl wniosku kol. Becka postanowiono, że delegaci otrzymają odpowiednią dyrektywę od Towarzystwa, które w tym celu poleca prezydyum zastanowić się nad odpowiedniemi zasadami i wnioskami Izby lekarskiej.

Postanowiono również, że uchwały ankiety lekarskiej w Krakowie mają być dyrektywą dla delegatów, którzy reprezentować będą Towarzystwo na Zjeździe higienistów w Warszawie.

III. Kol. Sołowij przedstawia **preparat jelita cienkiego**, uzyskany przy operacyi. Preparat dotyczy chorej, która zgłosiła się do zakładu, żaląc się na bóle w dolnej części brzucha po stronie prawej. Badanie przedmiotowe wykazało guz wielkości dużej pięści nad prawą pachwiną, owalny, mało ruchomy. Uderzającem było przy obmacywaniu guza, że okazywał on bardzo wyraźne trzeszczenie (crepitatio), daleko wyraźniejsze, aniżeli n. p. przy ropowicach gazorodnych. Dolny odcinek guza wyczuwalny był przez sklepienie prawe w górze obok macicy. Dokładne oznaczenie stosunku guza do narządu rodnego było niemożliwe. Przy ucisku na sklepienie prawe trzeszczenie występowało bardzo wyraźnie. Z niepewnem rozpoznaniem przystąpiono do operacyi, w czasie której okazało się, że wyczuwalny guz był rozdętem workowato jelitem cienkiem tuż przy wejściu do jelita ślepego. Worek ten o ścianach grubych, przerosłych, kształtu i pojemności żołądka średniej wielkości, w całości wypełniony był pestkami wiśni, czereśni i śliwek. Tuż u wejścia do jelita grubego znaczne zwężenie worka, które tłómaczy niemożność przechodzenia pestek i ich nagromadzenie się. Wykonano resekcyę całego rozszerzonego i zgrubiałego jelita cienkiego długości około 20 cm i wszyto część jego zdrową do kiszki ślepej. Przebieg pooperacyjny szczęśliwy.

W dyskusyi kol. Mazanek wspomina o przypadku z własnej praktyki, w którym istniały objawy niedrożności jelit, a badanie wykazało guz bolesny nad lewą pachwiną. Badanie przez odbytnicę stwierdziło znaczne rozszerzenie odbytnicy jakoteż pętli esowatej wskutek nagromadzenia się pestek wiśni, które następnie usunięto (przez odbytnicę łyżką) w ilości przeszło jednego litra.

IV. Kol. Mazanek wygłasza odczyt: **Najnowsze zdobycze z dziedziny rentgenologii.** Prelegent omówił temat bardzo obszernie na podstawie przeważnie własnych spostrzeżeń, jakie poczynił w ciągu kilkutygodniowej pracy w zakładzie rentgenologicznym prof. Holzknechta w Wiedniu. Mówił o pracach z zakresu fizyki, techniki, a w szczególności o nowych teoryach i sposobach mierzenia promieni rentgenowskich, o zdjęciach fotograficznych, zwłaszcza wojennych, a to bocznych lilienfeldowskich, o nowych udoskonalonych a przystępnych sposobach lokalizacyi ciał obcych (postrzałów), o bezgazowych lampach Cooligdea i Lilienfelda, a wreszcie o leczeniu, zwłaszcza tak wzmagających się gruczolaków limfatycznych, gruźlicy kości i stawów, raka, chorób skórnych i kobiecych.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie zwiedzało 7. b. m. nowe zakłady sanitarne miejskie na Prądniku białym, złożone z zakładu dezynfekcyjnego, pracowni bakteryologicznej, pawilonów izolacyjnych i zakaźnych oraz sanatoryum dla gruźliczych. Zarówno cały plan zakładów, jak i szczegółowe urządzenia, pomysłu naczelnego lekarza miasta, doc. Dr Janiszewskiego, spotkały się z największem uznaniem zwiedzających, gdyż celowością i praktycznością w wielu względach przewyższają podobne zakłady zagraniczne, wykonanie zaś zakładów krakowskich może współzawodniczyć z najlepszymi zakładami na zachodzie. Doc. Dr Janiszewskiemu, jako inicyatorowi zakładów i ich właściwemu twórcy, z niezwykłą energią zwalczającemu wiele przeszkód, złożył prezes Towarzystwa gratulacye z powodu ukończenia dzieła, które w czasie najbliższym oddane będzie do publicznego użytku.

Ponieważ nie wszyscy członkowie Towarzystwa mogli tym razem zwiedzić zakłady, przeto wycieczka powtórzona zostanie w jedną z najbliższych niedziel. Dla ustalenia liczby uczestników zgłaszać się należy wcześniej do prezydyum Towarzystwa.

— Najbliższe posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się 17. X.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWPanu Dr Harajewiczowi za ofiarowane bibliotece dzieła.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie wydało za 3 lata wojenne 1914—1916 sprawozdanie, ułożone dokładnie według wzoru 41 poprzednich sprawozdań, wydanych przez ś. p. prof. Jakubowskiego. Wpływ wojny odbił się na szpitalu św. Ludwika, utrzymywanym przez Towarzystwo, wielkiemi trudnościami w prowadzeniu i aprowizacyi. Liczba dzieci w ambulatoryum spadła w r. 1915 na 3.332 (przed wojną 5—6 tysięcy), liczba przyjętych do stałego leczenia wahała się około 800 rocznie (przed wojną około 1400). Natomiast charakterystycznie wzrosły pomimo to koszta żywienia z 27.957 kor. w roku 1914 na 41.355 kor. w r. 1916 i t. p. Kolonia rabczańska w r. 1915 nie była czynną; w r. 1916 doszła liczba dzieci w kolonii do najwyższej od założenia cyfry — 183.

— Już przed kilku laty mieliśmy sposobność podnieść z uznaniem działalność Wydziału powiatowego chrzanowskiego, który przoduje innym Wydziałom powiatowym w wielu sprawach sanitarnych. Między innymi zasługują na uwagę bardzo pożyteczne wydawnictwa tego Wydziału powiatowego. Jeszcze przed wojną wydał on swym nakładem broszury Dr Józefa Bednarskiego, lekarza okręgowego w Alwernii: »O studniach i wodzie« oraz »Krótki podręcznik dla dezynfektorów«. Obecnie znów wydał ten Wydział powiatowy krótko na jednej kartce zebrane przepisy zachowania się wobec chorych zakaźnych, opracowane również przez Dr Bednarskiego, a przeznaczone do nalepiania na drzwiach zakażonych mieszkań i do rozdawania ludności. Zasługuje również na podniesienie poparcie, jakiego tej sprawie udzieliło Starostwo w Chrzanowie, nakazując, by w każdej gminie znajdował się zapas egzemplarzy tych wskazówek i t. d. Wreszcie wydał Wydział powiatowy chrzanowski tłómaczenie instrukcyi do przyrządu dezynfekcyjnego. Dr Gąsiorowskiego (fabryka tych przyrządów nie poczuwała się do obowiązku przysłania instrukcyi po polsku!).

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« (Nr 39) oblicza, że »normy żywnościowe, wyznaczane przez Wydział zaopatrywania miasta, nie pokrywają nawet drobnej części zapotrzebowań organizmu«, gdyż wynoszą zaledwo 674 kaloryi dziennie.

Zmarli: Dr Ludwik Ausspitz w 71 r. ż. w Warszawie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 17. października** 1917 o g. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Wykład prof. Dr L. Wachholza: O śmierci od pioruna (z demonstracyą preparatów i fotografii). 2) Demonstracye.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 42. Kraków, 20. października 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 20. października 1917. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.
(Dyrektor: Radca dworu prof. Dr A. Gluziński).

Nowy sposób szybkiego odróżniania wysięków od przesięków

podał

Dr Henryk Sochański,
asystent kliniki.

Wiadomo powszechnie, że wysięki (exsudatum) różnią się od przesięków (transsudatum) większą ilością białka [1]) i wyższym ciężarem właściwym [2]). Jeżeli chodzi o szybkość decyzyi co do natury płynu, wydobytego w małej ilości drogą nakłucia próbnego z jam surowiczych, nie można uciekać się ani do badania ciężaru właściwego, gdyż to wymaga większej ilości płynu, ani do ilościowego oznaczania białka, ponieważ to wymaga znów więcej czasu. Nic więc dziwnego, że myślano o wynalezieniu metod, któreby umożliwiły rozstrzygnięcie co do natury płynu inną drogą. Najbardziej z nich rozpowszechniła się próba, podana w r. 1895 przez Primaverę i Rivaltę, polegająca na strącaniu się pewnej, tylko w wysiękach obecnej, substancyi białkowatej w chwili zetknięcia się wysięku ze słabym wodnym roczynem kwasu octowego (1 kropla kw. octowego zgęszczonego (ac. acetic. glaciale) na 100 cm³ wody przekroplonej). Modyfikacye tej próby, podane przez Runeberga i Paijkula [3]), jakoteż i przez Moritza [4]), nie przyjęły się tak ogólnie, jak próba oryginalna. Co do natury substancyi białkowatej, będącej przyczyną wspomnianego odczynu, spierano się wiele. Sam Rivalta uważał ją zrazu za nukleoalbuminę, a później za globulinę, Umber zaliczał ją do glykoproteidów i nadał jej miano »Serosa-mucin«, a Stähelin określał ją jako pewien rodzaj globuliny, właściwej tylko wysiękom, wszyscy zgadzali się jednak pod tym względem, że jestto substancya, nieobecna w przesiękach i mająca odczyn kwaśny.

Wiemy, że tak wysięki jak i przesięki oddziałują na lakmus zasadowo — i że to oddziaływanie jest w przesiękach wyraźniejsze, niż w wysiękach. Wiemy również, że wysięki zawierają substancyę białkowatą kwaśną, jakiej niema w przesiękach, a która jest przyczyną odczynu Rivalty. Badania Paijkula, Hoffmanna, Pigeauda i innych nad białkiem płynów surowiczych wykazują, że wysięki nietylko są bogatsze w białko, ale że to białko złożone jest w znacznej części z substancyi białkowatych, kwaśno oddziałujących. Czernecki [5]) wreszcie podczas badań swych, dokonanych w naszej klinice, wykazał, że w wysiękach jest więcej kwasów oksyproteinowych, będących kwaśnymi produktami oksydacyi, a po części i rozszczepienia białka. Wszystko to razem przemawia za tem, że mniejsza zasadowość wysięków wobec lakmusu jest wynikiem obecności w nich większej ilości wspomnianych poprzednio kwaśno oddziałujących substancyi. Lakmus [6]) jest, jak wiadomo, znacznie mniej czuły na kwasy, niż fenolftaleina, można się więc spodziewać, że różnica oddziaływania wysięków i przesięków wobec lakmusu będzie mniej wyraźna, niż wobec fenolftaleiny [7]).

---

[1]) Ilość białka w płynach wydobytych przez nakłucie jest różna, i to nietylko zależnie od rodzaju i pochodzenia płynu, ale i od innych czynników. Wiemy n. p. że w wysiękach opłucnych (nieropnych) jest ponad 2·5% (do 6·5%) białka i że mniejsza ilość białka przemawia za niezapalną naturą płynu. Nie jestto jednak całkiem słuszne i nie może być brane zbyt schematycznie. Nieraz spotkać bowiem można przesięki, bogatsze w białko, od niektórych wysięków. W przesiękach opłucnych przy ogólnym zastoju znajdowano do 3% białka, a w wysiękach u osób silnie hydremicznych nieraz tylko 1—2% białka. Ilość białka w przesiękach otrzewnych przy zanikowej marskości wątroby waha się między 0·9 a 2%, przy przewlekłem zapaleniu nerek między 0·56 a 1%, a nie brak i badań, w których wykazywano w puchlinie brzusznej tylko 0·2% białka. Trzeba nadto pamiętać i o tem, że etyologiczny czynnik przy powstawaniu płynów, zwłaszcza zapalnych, ma wyraźny wpływ na ilość białka, a wreszcie i o tem, że mogą istnieć płyny, będące mieszaniną przesięku i wysięku, na co zwraca uwagę Runeberg w swej pracy p. t. »Von der diagnostischen Bedeutung des Eiweissgehaltes in pathologischen Transsudaten und Exsudaten (Berl. klin. Wochenschrift. 1897. Nr 33)«. Ilościowe oznaczanie białka w płynach dobytych przez nakłucie wykonuje się najczęściej metodą Essbacha, choć nie brak i innych sposobów, jak n. p. określanie ilości białka według współczynnika załamywania badanej cieczy, oznaczanego refraktometrem Pulfricha w myśl badań Ellingera i Rieglera.

[2]) Ciężar właściwy, wynoszący w wysiękach opłucnych ponad 1·015, a w wysiękach otrzewnych ponad 1·012, zależny jest głównie od ilości białka, a mniej od innych składników, jak o tem przekonać się można z badań depressyi punktu marznięcia w tych płynach, na którą białko niema takiego wpływu, jak na ciężar gatunkowy. Reuss ułożył formułkę, na podstawie której z ciężaru właściwego wnosił o ilości białka i rodzaju płynu.

[3]) Sposób Runeberg-Paijkula polega na wywoływaniu zmętnienia w płynach dobytych przez nakłucie przez dodawanie do nich kroplami kwasu octowego. W wysiękach zmętnienie jest wyraźne, w przesiękach ledwie zaznaczone.

[4]) Metoda Moritza polega na dodawaniu 5% kwasu octowego do badanego płynu. Wystarcza 1 kropla (5%) kw. octowego na 2 cm³ płynu. Zmętnienie tylko w wysiękach.

[5]) Obacz W. Czernecki: Badania ilościowe nad kwasami oksyproteinowymi w cieczach surowiczych jam ciała oraz we krwi ludzi zdrowych i chorych. Tyg. lek. lw. z r. 1910 i Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie.

[6]) Lakmus należy do II grupy wskaźników według podziału Glasera, fenolftaleina do III grupy (indykatory czułe na kwasy).

[7]) Oznaczanie zasadowości przy pomocy mianowanych roztworów kwasów mineralnych nie daje pewnych wyników, bo podczas miareczkowania ulega zawarty w nich węglan sodowy

Mając sposobność badać dużą ilość płynów, dobytych przez nakłucie, postanowiłem bliżej zbadać tę sprawę i starałem się tą drogą dojść do sposobu, pozwalającego szybko odróżnić wysięki od przesięków. Przekonawszy się naprzód o tem, że fenolftaleina oddziaływa tak na wysięki, jak i przesięki, w ten sposób, jak na płyny kwaśne [8]), sporządziłem 10 słabo zasadowych (różowych wzgl. jasnoczerwonych) rozczynów fenolftaleiny, zawierających w 100 cm³ kolejno 0·2, 0·4, 0·5, 0·6, 0·8, 0·9, 1, 1,2, 1,4 i 1,5 cm³ $^1/_{10}$ norm. NaOH i tyleż 1% alkoholowego rozczynu fenolftaleiny. Tak $^1/_{10}$ norm. NaOH, jak i 1% alkoh. rozczyn fenolftaleiny odmierzałem osobno i wlewałem do 50 cm³ wody przekroplonej, poczem dopełniałem wodą przekroploną do 100 cm³. Ponieważ ilość $^1/_{10}$ norm. NaOH i 1% fenolftaleiny była we wszystkich płynach równą, nie ulegały odczynniki tak łatwo samorodnemu odbarwieniu, jakby się to działo, gdyby ilość wskaźnika była mniejsza [9]) od ilości $^1/_{10}$ norm. NaOH. Badanie wykonywałem w ten sposób, że do

dopóty działaniu kwasu, póki cały nie zostanie rozłożony mimo, że prawdziwa zasadowość płynu nie jest tak znaczna, aby aż cała ilość Na_2CO_3 musiała uledz zniszczeniu. Przyczyną tego jest to, że w omawianym płynie tylko część drobin Na_2CO_3 jest zdyssocyowana na Na_2 (+) i CO_3 (—), przyczem CO_3 (anion) działaniem wody H—OH tworzy HCO_3 i hydroksyl OH, będący przyczyną odczynu alkalicznego. Jeżeli przez dodanie kwasu zobojętnić ten hydroksyl, ulegają wtedy dotychczas niezdyssocyowane drobiny Na_2CO_3 rozszczepieniu, ujawniają więc swą ukrytą przed rozszczepieniem zasadowość, zostają zobojętnione, a dzieje się to dopóty, póki cała ilość Na_2CO_3 nie zostanie rozłożoną.— Oznaczanie zasadowości przez Höbera w myśl teoryi Nernsta, zmodyfikowane przez Farkasa i Frankla, a później przez Friedenthala i Schultza, nie dało również zadowalniających wyników.

[8]) Bezbarwny rozczyn fenolftaleiny, zmieszany z płynem wydobytym przez nakłucie, nie zabarwia się wcale. Słabo zasadowe (różowe) rozczyny fenolftaleiny odbarwiają się po zmieszaniu z płynem dobytym przez nakłucie. Jeżeli się sporządza coraz to silniej zasadowe rozczyny fenolftaleiny, dochodzi się wreszcie do takich, które tylko wysięk zdoła zupełnie odbarwić, o ile naturalnie dobierze się odpowiedni stosunek ilościowy odczynnika do wysięku.

[9]) Przyczyna samorodnego odbarwiania się zasadowych rozczynów fenolftaleiny, zawierających mało wskaźnika w stosunku do sody żrącej, nie jest jeszcze dokładnie wyświetlona. Najwięcej zwolenników ma przypuszczenie, że wchodzi tu w grę przemiana czerwonych (obojętnych) soli fenolftaleiny w bezbarwne (zasadowe). Odczynniki, sporządzone przezemnie, mają stosunkowo dużo wskaźnika i dlatego niełatwo ulegają odbarwieniu samorodnemu.

TABLICA I.

Wysięki.

Numer historyi choroby	Rozpoznanie	Badany płyn	Odczyn badanego płynu z odczynnikami oznaczonymi według ilości cm³ $^1/_{10}$ norm. NaOH i 1% alkoholowego rozczynu fenolftaleiny w 100 cm³ odczynnika: 0·2	0·4	0·5	0·6	0·8	0·9	1·0	1·2	1·4	1·5
(1915)												
1287	Pleuritis exsudativa dextra. Cond. ap. d.	Z opłucnej	++	++	++	++	++	++	++	+	—	o
(1916)												
1	Pleuritis exsudativa dextra. Proc. atherom.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	—	o
563	Pleuritis exsudativa sinistra. Cond. ap. dextri.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	o	o
653	Pleuritis exsudativa sinistra. Cond. ap. dextri.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	+	—
907	Pleuritis exsudativa dextra.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	+	—
1036	Peritonitis carcinomatosa.	Z otrzewnej	++	++	++	++	++	++	+	o	o	o
1111	Pleuritis exsudativa sinistra.	Z opłucnej	++	++	++	++	++	++	++	+	—	o
1253	Exsudatum pleur. dextr. Nephritis. chr. Proc. atheromatosus. Emphys. pulm.	»	++	++	++	++	++	+	+	o	o	o
1294	Pleuritis exsudativa dextra serofibrinosa septica.	»	++	++	++	++	++	++	++	++	+	+
1412	Pleuritis exsudativa dextra. Cond. ap.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	o	o
1414	Pleuritis exsudativa dextra. Cond. ap.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	o	o
1497	Pleuritis exsudativa sinistra. Cond. ap. dextri.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	o	o
1543	Exsudatum pleuritic. sin. Status post pleuropneumoniam.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	+	—
(1917)												
268	Exsudatum pleuritic. dextr. Cond. ap. d.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	o	o
300	Exsudatum pleuritic. sin.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	o	o
372	Peritonitis tuberculosa.	»	++	++	++	++	++	+	+	o	o	o
454	Pleuritis exsudativa sin. Indur. ap.	»	++	++	++	++	++	++	+	—	o	o
562	Pleuritis exsudativa dextr. post pleuropneumoniam. Processus atherom.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	+	o

TABLICA II.

Przesięki.

Numer historyi choroby	Rozpoznanie	Badany płyn	Odczyn badanego płynu z odczynnikami oznaczonymi według ilości cm³ $^1/_{10}$ norm. NaOH i 1% alkoholowego rozczynu fenolftaleiny w 100 cm³ odczynnika									
			0·2	0·4	0·5	0·6	0·8	0·9	1·0	1·2	1·4	1·5
(1916)												
31	Emphysema pulm. Adynamia musc. cordis. Venostasis organorum.	Z opłucnej	++	++	++	+	+	—	—	0	0	0
31	Emphysema pulm. Adynamia musc. cordis. Venostasis organorum.	Z otrzewnej	++	++	+	+	—	0	0	0	0	0
83	Nephritis chronica. Ascites.	»	++	++	+	—	—	0	0	0	0	0
981	Neoplasma malign. uteri. Ascites.	»	++	++	+	+	—	0	0	0	0	0
1153	Nephritis chronica. Ascites.	»	++	++	+	+	—	0	0	0	0	0
1325	Endocarditis chr. subs. ins. v. mitr. et sten. o. v. sin. ins. v. tricusp. Myocarditis chronica. Cirrhosis hep. cardiaca. Ascites. Anasarca.	«	++	++	++	+	—	0	0	0	0	0
(1917)												
64	Cirrhosis hepatis atr. Ascites.	»	++	++	+	—	—	0	0	0	0	0
301	Emphysema pulm. Proc. atherom. Adynamia musc. cordis.	Z opłucnej	++	++	++	+	+	—	—	0	0	0
308	Aortitis. Insuff. v. semil. aortae. Hydrothorax.	»	++	++	++	+	+	—	—	0	0	0
361	Cirrhosis hepatis luetica. Ascites.	Z otrzewnej	++	++	+	—	—	0	0	0	0	0

9 cm³ odczynnika dodawałem 1 cm³ badanego płynu, mieszałem lekko, poczem obserwowałem zmianę barwy odczynnika[10]). Wyniki mych badań przedstawiam na 2 załączonych tablicach, zaznaczając, że : + + określa na nich zupełne odbarwienie odczynnika po zmieszaniu z badanym płynem, przyczem występuje żółtawy odcień od barwika luteinowego, zawartego w płynie surowiczym, + oznacza zupełne odbarwienie, ale mniej nagłe, niż w poprzednim przypadku i bez żółtawego odcienia, — przedstawia tylko zblednięcie barwy odczynnika, a więc odczyn niezupełny, a 0 oznacza zupełny brak zmiany w zabarwieniu odczynnika.

Z tablicy I widać, że wysięki opłucne u osób ze zmianami gruźliczemi w płucach słabiej zazwyczaj odbarwiają zasadowe rozczyny fenolftaleiny, niż wysięki opłucne u osób bez takich zmian w płucach. Wysięki u osób hydremicznych (n. p. przy zapaleniu nerek) działają na wspomniane rozczyny mniej wyraźnie, niż inne wysięki. Wysięki otrzewne odbarwiają zasadowe rozczyny fenolftaleiny słabiej od opłucnych.

Z tablicy II widać, że przesięki z jamy opłucnej są w ogólności bogatsze w substancye kwaśne od przesięków z jamy brzusznej i że przesięki przy ogólnym zastoju odbarwiają zasadowe rozczyny fenolftaleiny najsilniej, a przesięki u osób hydremicznych, n. p. przy zapaleniu nerek, najsłabiej ze wszystkich.

Zbierając wszystko omówione dotychczas (w tekscie i na tablicach), dochodzę do następującego wniosku:

Słabo zasadowe rozczyny fenolftaleiny nadają się przez swą czułość na substancye kwaśne do szybkiego odróżniania przesięków od wysięków, różniących się od siebie ilością substancyi kwaśnych. Najodpowiedniejszym do tego celu jest rozczyn, zawierający w 100 cm³ 1 cm³ $^1/_{10}$ norm. NaOH i tyleż 1% alkoholowego rozczynu fenolftaleiny. Jeżeli 9 cm³ takiego rozczynu zmieszamy z 1 cm³ badanego płynu, powstaje zupełne odbarwienie tylko wtedy, gdy ten płyn jest wysiękiem. Próba jest łatwa, może być wykonana szybko przy użyciu małej ilości płynu, uzyskanego przez nakłucie, a to wszystko nadaje jej wartość praktyczną.

[10]) Jeżeli się użyje odczynnika i płynu w innym stosunku, niż 9:1, nie osiąga się dobrych wyników.

Z oddziału dla chorób nerwowych c. i k. szpitala rezerwowego we Lwowie

Analiza zaburzeń ruchowych w nerwicach wojennych

podał

Dr Jakób Rothfeld,
asystent kliniki chorób nerw. Uniwersytetu lwowskiego, obecnie kierownik oddziału.

(Dokończenie).

Nasilenie tych objawów nie było zbyt znaczne; poszczególne ruchy występowały w dość długich odstępach czasu, tak że można je było dokładnie śledzić i stwierdzić, że wahania kończyny były zupełnie niezależne od drżenia w mięśniach uda. Chory nie mógł dłużej, niż kilka minut, utrzymać kończyny na wspomnianej wysokości, potem kończyna wśród opisanych zaburzeń ruchowych opadała powoli ku dołowi. Podobne objawy występowały, kiedy uniosłem kończynę biernie ku górze. Prawa, więcej dotknięta kończyna popadała przy tych samych badaniach w silne drżenie i wstrząsanie, przyczem występowały kurcze mięśniowe; objawy te uniemożliwiały wykonanie zamierzonych ruchów. Przez porównanie tych zaburzeń z objawami słab-

szymi na kończynie lewej można było stwierdzić, że objawy na prawej kończynie różnią się tylko stopniem nasilenia od objawów na lewej, które były wynikiem fałszywej inerwacyi mięśni, oraz wynikiem drżenia w prostownikach kolana. Ta różnica, stwierdzona u leżącego chorego, zaznaczała się w chodzie w ten sposób, że chory utykał na prawą nogę, którą nieznacznie tylko zginał w stawie kolanowym i podnosił w stawie biodrowym, natomiast w lewej kończynie ruchy te były znacznie wydatniejsze, tak że chory mógł wykonywać większe kroki, a drżenie było tylko nieznaczne.

W innym przypadku silnego drżenia kończyn dolnych, połączonego z kurczami mięśniowymi, mogłem dokładnie przeprowadzić analizę po usunięciu pewnych objawów zapomocą jednorazowej faradyzacyi. Z powodu osłabienia chorego nie mogłem po elektryzowaniu przeprowadzić ćwiczeń, które chorzy tacy zwyczajnie po leczeniu elektrycznem wykonują. Na drugi dzień chory nieźle chodził, ale skarżył się, że nie panuje nad swemi nogami, że często stawia krok nieodpowiednio wielki, albo noga podnosi się zbyt wysoko wbrew jego woli. Drżenia, ani kurczów mięśniowych nie było. U leżącego chorego stwierdziłem, że wykonywał wszystkie ruchy dobrze, ale że ruchy te przerywane były ruchami wprost przeciwnymi, czego powodem były mimowolne inerwacye mięśni przeciwniczych. Badanie w kierunku zaburzeń ruchowych, opisanych przez Oppenheima, wykazało istnienie fałszywych inerwacyi, wykazało, że występują wspomniane wyżej ruchy urywane, przeciwne, aniżeli ruchy zamierzone, jednak nie w tym stopniu, jak przed faradyzacyą. Wstrząsania kończyny, jakoteż drżenia mięśni w czasie ich inerwacyi nie było. Wspomniane zaburzenia znikły już po krótkich ćwiczeniach w pozycyi leżącej, ale uwidoczniały się znowu przy pierwszej próbie chodzenia; od czasu do czasu występowały nieodpowiednie i niecelowe ruchy kończyny, co przypominało chód przed faradyzacyą. Drżenia kończyny nie było, chory stawiał wielkie kroki, zginał kończyny dobrze w stawie kolanowym i podnosił w stawie biodrowym. Po krótkotrwałych ćwiczeniach chód był zupełnie prawidłowy.

Te spostrzeżenia i cały szereg podobnych spostrzeżeń przemawiały za tem, że wstrząsanie kończyny (Schütteln), występujące przy ruchach, polega na fałszywym podziale bodźców, na inerwacyi nieodpowiednich grup mięśniowych, i że niezależnie od wstrząsania kończyny może istnieć drżenie w dowolnie inerwowanych mięśniach, a nadto mogą występować kurcze mięśniowe.

Dalsze zaburzenie ruchowe, należące również do grupy akinezyi amnestycznej, polega na tem, że chorzy nasi nie mogą równocześnie skutecznie inerwować zginaczy uda (iliopsoas i t. d.) i prostowników kolana (quadriceps cruris), że jednak oddzielnie mięśnie te zupełnie prawidłowo pracują. I tak, chory może, leżąc, zgiąć nogę w stawie biodrowym i kolanowym; jeżeli zaś ma kończynę, zgiętą w stawie biodrowym, wyprostować tylko w stawie kolanowym (równoczesna czynność prostowników kolana i zginaczy uda) — to nagle ustaje działanie zginaczy uda, prostowniki kolana poczynają drżeć, a wyprostowana kończyna opada ku dołowi. Chory nie może również utrzymać biernie ku górze uniesionej wyprostowanej kończyny, tu również obie wspomniane grupy mięśniowe muszą być równocześnie czynne. Ten objaw, polegający na tem, że te same mięśnie — zginacze uda — raz zupełnie prawidłowo działają (przy nieinerwowanych prostownikach kolana), drugi raz napięcie mięśni nagle ustaje (przy równoczesnem napięciu mięśnia czworogłowego), należy, zdaniem mojem, również do grupy akinezyi amnestycznej. Do wstrząsania kończyny, który jest wynikiem fałszywych inerwacyi, przyłącza się zatem drugie zaburzenie ruchowe, t. j. niemożność równoczesnego zginania w stawie biodrowym i wyprostowania w stawie kolanowym; ruchy, najważniejsze przy chodzeniu.

Na objawy ruchowego podrażnienia u naszych chorych składają się zatem: fałszywa inerwacya, akinezya amnestyczna mięśni miedniczno-udowych, drżenie samoistne, drżenie występujące przy ruchach i kurcze mięśniowe. Drżenie samoistne i kurcze nie należą do objawów stałych.

Analizę dotychczas omówionych objawów przeprowadziłem na podstawie badania chorego leżącego. Jak należy wytłumaczyć, na podstawie powyższej analizy, znane nam zaburzenia chodu u naszych chorych? Tu chcę zaznaczyć, że prawie we wszystkich przezemnie badanych przypadkach nasilenie i jakość objawów były te same, gdy chory leżał, jak i przy chodzeniu, tak, że już na podstawie badania chorego leżącego i dokładnej analizy objawów można sobie było stworzyć obraz zaburzeń chodu.

Ruch kończyny dolnej, rozpoczynającej prawidłowy chód, t. zw. w fizyologii »kończyny biernej«, polega na równoczesnem uniesieniu uda ku górze, zgięciu w stawie kolanowym i zgięciu grzbietowem (flexio dorsalis) stopy; w czasie przeniesienia punktu ciężkości ciała ku przodowi, (działanie drugiej kończyny, »kończyny czynnej«), wyprostowuje się kończyna bierna w stawie kolanowym i obniża w stawie biodrowym, aż stopa nie dosięgnie podstawy. Pierwszy ruch kończyny biernej, uniesienie uda i zgięcie w stawie kolanowym odpowiada zgięciu kończyny w stawie biodrowym i kolanowym. W naszych przypadkach bywa ruch ten zarówno w leżeniu, jak i przy chodzeniu przerywany ruchami przeciwnymi, wynikającymi z fałszywych inerwacyi mięśni przeciwniczych, a kończyna popada skutkiem tego we wstrząsanie. Drugim okresem ruchów kończyny biernej jest wyprostowanie w stawie kolanowym przy kończynie uniesionej w stawie biodrowym; tu jest konieczne równoczesne działanie zginaczy uda i prostowników kolana. Temu ruchowi odpowiada próba w leżeniu, przy której chory ma przy nodze zgiętej w stawie biodrowym wyprostować ją tylko w stawie kolanowym. Przy tym ruchu pojawiają się, jak już wyżej opisałem, następujące zaburzenia ruchowe; prostowniki popadają w drżenie, a napięcie mięśni miednicznych, zginaczy uda nagle ustaje i kończyna opada ku dołowi. Następstwem tych zaburzeń jest fakt, że w chwili, kiedy chory podczas chodzenia uniesioną ku górze kończynę wyprostowuje, ujawnia się drżenie w prostownikach kolana, a cała kończyna nagle opada. Tu brak ostatniego okresu ruchów, potrzebnego — między innemi — do wykonania wielkiego kroku, i to jest powodem, że chorzy nasi nie mogą chodzić wielkimi krokami. W chwili, kiedy stopa osiągnęła podstawę, cała kończyna drży wskutek napięcia mięśnia czworogłowego; drżenie to udziela się całej kończynie, ponieważ przy staniu napinają się równocześnie z mięśniami prostującymi kolano, także mięśnie goleni (triceps surae), które przy staniu pociągają udo i goleń ku tyłowi.

W czasie, gdy kończyna »bierna« wysunięta była ku przodowi, miała druga kończyna »czynna«, za zadanie przenieść punkt ciężkości ciała ku przodowi. W prawidłowych warunkach polega to na tem, że kończyna czynna zgina się w stawie kolanowym, opiera się na przedniej części stopy i przenosi tułów ku przodowi; im większe zgięcie w stawie kolanowym, tem większy bywa krok. — W naszych przypadkach występują w czasie zgięcia w kolanie mimowolne ruchy wyprostne, czyli wstrząsania kończyny. Na ten okres ruchów przypada opadanie kończyny biernej ku dołowi, jako następstwo akinezyi amnestycznej mięśni miednicznych; punkt ciężkości ciała nie może być przeniesiony ku przodowi, chory nie może zatem wykonać wielkiego kroku. Z powodu krótkotrwałej czynności kończyny biernej nie może kończyna czynna spełnić swego zadania, obejmuje rolę biernej; w chwili jednak, kiedy ma być przeniesiona ku przodowi, występują znowu opisane już zaburzenia ruchowe i kończyna opada ku dołowi. U naszych chorych brak zatem ostatniego okresu ruchów kończyn dolnych, które występują w chodzie prawidłowym, t. j. wyprostowania kończyny naprzód wysuniętej i zgięcia w sta-

wie kolanowym w kończynie tylnej, — ruchy, od których zależy wielkość kroku.

Jeżeli obok opisanych zaburzeń ruchowych, które zaliczam do grupy akinezyi amnestycznej, istnieje drżenie samoistne, to chód chorego jest jeszcze więcej utrudniony; kurcze mięśniowe dotyczą, o ile są, głównie mięśni goleni i prostowników kolana i ujawniają się w chwili dowolnego napięcia tych mięśni. Stopień zaburzeń chodu jest różny, zależnie od tego, które z zaburzeń ruchowych przeważa. Są przypadki, w których na plan pierwszy występują fałszywe inerwacye, ale w których zginacze uda i prostowniki kolana mogą równocześnie pracować; chorzy tacy mogą, leżąc, wysoko unieść wyprostowaną kończynę ku górze i chodzić wielkimi krokami. W innych przypadkach istnieje drżenie samoistne kończyn w spoczynku, albo przyłączają się objawy, opisane przez Erbena, a więc drżenie w dowolnie napiętych mięśniach lub kurcze mięśniowe, albo ujawniają się wszystkie zaburzenia razem.

Erben określa chód u naszych chorych, jako środek do zmniejszenia drżenia. Podstawę do tego znajduje Erben w spostrzeżeniu, że bierne, szybko po sobie następujące ruchy zmniejszają drżenie i że chory to wyzyskuje, aby ujść drżeniu. Należy zauważyć, że niezawsze bierne ruchy zmniejszają drżenie (Oppenheim), również, że szybkie po sobie następujące ruchy bierne niezawsze przyczyniają się do zmniejszenia jego nasilenia, jak się o tem przekonałem na szeregu przypadków. Ale i w tych przypadkach, gdzie to się dzieje, nie można tłómaczyć zaburzeń w chodzie tym faktem, gdyż przy ruchach biernych brak dowolnej inerwacyi, która — jak sam Erben słusznie podnosi — wywołuje zaburzenia ruchowe. Przy szybkich czynnych ruchach, a więc przy chodzeniu drobnymi krokami, musiałoby drżenie jeszcze wzrastać. Mojem zdaniem chorzy ci dlatego posuwają się małymi krokami naprzód, ponieważ do przeniesienia nogi ku przodowi jest potrzebne równoczesne działanie mięśni miednicznych (iliopsoas) i mięśni przednich uda (quadriceps), co u naszych chorych, jak to wykazałem, jest niemożliwe; przez to upośledzona jest również czynność drugiej kończyny, która ma przenieść ciężar ciała ku przodowi, tak że brak jest tych warunków, które są prawidłowo potrzebne do wykonania wielkiego kroku. W ten sposób powstaje drobny chód; niezborne, nagłe, niecelowe ruchy kończyn dolnych, charakterystyczne dla chodu naszych chorych, polegają na fałszywym podziale bodźców na nieodpowiednie grupy mięśniowe. Postawa przegięta ku przodowi, którą się czasem spotyka, jest z jednej strony środkiem dla łatwiejszego przeniesienia punktu ciężkości ku przodowi i ułatwienia zadania kończyny czynnej, z drugiej zaś strony ułatwia ona działanie przyciągania lędźwiowej części kręgosłupa i miednicy ku dołowi.

Co się tyczy patogenezy akinezyi amnestycznej, to Oppenheim uważa ją jako znamienną dla pewnych postaci nerwic urazowych, Nonne zaś uważa ją za objaw histeryczny. Pewnem jest, że zaburzenia, należące do tej grupy, są czynnościowe i że dają się usunąć na drodze sugestyjnej. I tak znikają one bardzo szybko przez faradyzacyę silnym prądem przy równoczesnej sugestyi słownej; tosamo dotyczy objawów, towarzyszących tym zaburzeniom, a więc drżenia i kurczów mięśniowych. Jeżeli faradyzacya odniosła skutek, to znikają najczęściej wszystkie zaburzenia, najpóźniej jednak te, które zaliczyłem do amnestycznej akinezyi. Pierwsze ruchy, które chory leżąc lub chodząc wykonuje, wykazują jeszcze braki w odpowiedniej i celowej inerwacyi mięśni, co znika wnet po krótkich ćwiczeniach. Każdy ruch, potrzebny do chodzenia lub biegania, należy ćwiczyć, gdy chory leży; prawie stale widzi się, że chory, który zupełnie dobrze już chodzi, nie umie jednak biegać, co jest dowodem, że choremu brak obrazów przypominających (Erinnerungsbilder) dla odpowiednich ruchów i że chory nieodpowiednio i niecelowo rozdziela bodźce na poszczególne grupy mięśniowe.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 17. X. b. r. posiedzenie, na którem prof. Dr Wachholz miał wykład p. t. »O śmierci od pioruna«, objaśniając go licznymi preparatami, przeźroczami i fotografiami. W dyskusyi przemawiali doc. Seńkowski, Dr Kleczkowski, prof. Klecki i prelegent.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 24. X.

Zwiedzanie nowych zakładów sanitarnych miejskich na Prądniku białym przez drugą grupę członków Towarzystwa jest planowane na 28. X. b. r.

— Wykład inauguracyjny prof. Dr Majewskiego odbył się 16. X., a wykład inauguracyjny prof. Dr Krzyształowicza 18. X. w obecności grona profesorów Wydziału lekarskiego i licznie zebranych słuchaczy, którzy obu prelegentów przyjęli ciepłą owacyą.

— Miejskie Biuro statystyczne ogłosiło charakterystyczne cyfry ruchu ludności z lat ostatnich. Mianowicie było w Krakowie

w pierwszem półroczu	urodzin	zgonów	zgonów z gruźlicy
1913	2320	1396	251
1914	2423	1383	250
1916	1667	1661	381
1917	1600	1742	454

Wynikiem spadku liczby urodzin i wzrostu śmiertelności jest w pierwszem półroczu 1916 olbrzymi spadek naturalnego przyrostu (tylko 6 osób), a w r. 1917 już przewaga zgonów nad urodzinami. Równie znamienny jest wzrost śmiertelności z gruźlicy, z górą dwukrotny.

— Do nabycia całkowite urządzenie zakładu dentystycznego. Oglądać można w Collegium medicum, II p., od 1—3 popołudniu.

Lwów. W dniu 12. X. odbyło się zgromadzenie lwowskich lekarzy, zwołane na zaproszenie Zarządu lwowskiego Towarzystwa lekarskiego, a za inicyatywą prof. Wiczkowskiego. — Celem zgromadzenia było rozpoczęcie akcyi przy współudziale wszystkich towarzystw i instytucyi lekarskich w całym kraju nad poprawą stosunków higieniczno-sanitarnych w Galicyi.

Pierwszy referat wygłosił prof. Wiczkowski p. t. Krzywdy i zaniedbania Galicyi pod względem sanitarnym. Prelegent przedstawił w jasnych i treściwych słowach dzisiejszy stan stosunków sanitarnych kraju, wykazał bezskuteczność akcyi sfer lekarskich i czynników krajowych, zdążającej od szeregu lat do naprawy tych stosunków, wskutek braku poparcia ze strony rządu i omówił projekt akcyi, jaką należy rozpocząć, by stosunki te zmienić na lepsze. — Drugi referat, dotyczący chorób wenerycznych w Galicyi, wygłosił prof. Łukasiewicz.

W dyskusyi, jaka po obu referatach się rozwinęła, zabierało głos wielu mowców, jak r. dw. prof. Gluziński, r. dw. prof. Mars, prof. Raczyński, prof. Sieradzki, prof. Kucera, prof. Dąbrowski, prof. Machek, prym. Pisek, prym. Lenartowicz i inni. Mowcy wykazywali braki i niedomagania naszego szpitalnictwa oraz pogarszanie się stosunków sanitarnych w kraju z dniem każdym. Niedomagania te, znane zresztą szerokim kołom kolegów, istniały oddawna, ale w ciągu obecnej wojny przybrały rozmiary wprost katastrofalne. Jeżeli rząd i nadal pozostanie głuchy i nieczuły na ten stan rzeczy i nie przyjdzie krajowi z wybitną pomocą finansową, obawiać się należy, że ludności naszego kraju w najbliższej przyszłości grozi nieunikniona klęska, bodaj czy nie straszniejsza od strat i ofiar, jakie kraj ponosi na frontach bojowych.

Zgromadzenie wybrało komisyę, której polecono z jednej strony rozpocząć akcyę w celu uzyskania jak najprędzej doraźnej pomocy od rządu dla naprawy najgwałtowniejszych niedomagań, a z drugiej strony rozpocząć pracę organizacyjną, systematyczną dla trwałej naprawy stosunków sanitarnych kraju.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich poruczyła urząd skarbnika kol. Dr Kazimierzowi Trzcienieckiemu (Lwów, ul. Asnyka 1).

Warszawa. Nagrody im. Dr Konitza za najlepsze prace z zakresu położnictwa i ginekologii, ogłoszone w ostatniem sześcioleciu, przyznało Towarzystwo lekarskie Dr Włodzimierzowi Popielowi i Dr Stefanowi Gaszyńskiemu.

Z różnych stron. Centralny austryacki Komitet przeciwgruźliczy począł wydawać czasopismo p. t. »Tuberkulosefürsorgeblatt« dla zjednoczenia wszystkich czynników, współdziałających w Austryi w walce z gruźlicą. Redakcyę nowego czasopisma prowadzą: prof. Weichselbaum i doc. Teleky z Wiednia oraz

prym. Mager z Berna. We wszelkich sprawach tego czasopisma zwracać się należy do »Oesterr. Zentralkomité zur Bekämpfung der Tuberkulose« w Wiedniu I, Wallfischgasse 8.

— Wzrost gruźlicy wskutek wojny i niedożywiania się ludności ilustrują dosadnie liczby zgonów z gruźlicy w Wiedniu w latach: 1914 — 6223, 1915 — 7810 i 1916 — 9651.

— Poradni (dyspensatoryów) przeciwgruźliczych było w połowie r. b. w całej Austryi 23, z tego 3 w Galicyi (Lwów, Kraków, N. Targ); w planie było utworzenie dalszych 27, z tego 7 w Galicyi (Drohobycz, Jarosław, Łańcut, Przemyśl, Rzeszów, Stryj, Tarnów).

— Centralny austryacki Komitet walki z gruźlicą (Wiedeń I, Wallfischgasse 8), zakładając biuro agitacyjne, prosi o nadsyłanie broszur i pouczeń, wydanych przez towarzystwa przeciwgruźlicze, wypożycza zaś bezpłatnie przeźrocza (diapozytywy) do wykładów popularnych.

— W Baden pod Wiedniem otwarty został 11. X. zjazd nowopowstałego Związku lekarskiego p. n. »Waffenbrüderliche Vereinigung der Aerzte«, do którego należą lekarze z Niemiec, Austryi, Turcyi i Bułgaryi. Przy otwarciu Zjazdu był obecny i przemawiał Cesarz Karol I, ponownie wyrażając swe uznanie dla pracy lekarzy w czasie obecnej wojny.

Sprostowanie. W artykule prof. Nowickiego w Nrze 40. str. 313, zamiast »Ehrlicha-Böhmego« ma być wszędzie: »Ehrlicha«.

Redakcya otrzymała: Celarek: Tyfus plamisty w Lublinie w latach 1915—16 i metody zwalczania. Lublin 1917. (Wydawnictwo Muzeum lubelskiego).

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich (uzupełnienie).

Przegląd pedyatryczny, Tom VI. Z. V i VI (1914): Jonscher: Paratyfus u dzieci. — Knichowiecki: Przypadek rozedmy podskórnej. — Łyskawiński: Przypadek ropnia zatoki gruszkowatej oraz ropnia okołotchawiczoprzełykowego w przebiegu płonicy. — Wiśniewski: Przypadek zapalenia ropnego stawów, wywołanego lasecznikami duru brzusznego u dziecka 5-tygodniowego. — Bukowska: Granulobacillus putrificus species Serkowski. — Celichowska: Dwa przypadki porażeń popłoniczych.

Tom VII. (1915—1916), dedykowany Dr L. Andersowi w 40 rocznicę pracy lekarskiej: Brudziński: Dr L. Anders. — Bondy: Szkic projektu reformy Domu wychowawczego. — Bichlerowa: O mongołowatości. — Cetnarowicz: O leczeniu błoniastych zapaleń łącznicy. — Czarkowski: Przyczynek do stosowania szczepionki t. zw. przeciwpłoniczej. — Kopeć: W sprawie przewożenia dzieci z chorobami zakaźnemi. — Korybut-Daszkiewicz: Uwagi i wnioski, oparte na 135 badaniach pośmiertnych. — Lipski: Rzadsze postacie gruźlicy u niemowląt. — Łyskawiński: Ospa wietrzna na oddziale płoniczym. — Śmiechowski: O leczeniu gruźlicy chirurgicznej i stosowaniu metody Calota. — L. Zembrzuski: Operacya Albeego w przypadkach gruźlicy kręgów. — S. Zembrzuski: O powikłaniach w przebiegu ospy wietrznej u dzieci. — K. Zieliński: Przyczynek do badań nad tyfusem wysypkowym. — Zylberlastówna: O leczeniu zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych.

Zdrowie 1917 Z. 8.: Ciechanowski: Walka z chorobami wenerycznemi. — Dzięciołowski (dok.).

Kronika dentystyczna Nr 10.: Trzcińska: Jothion i jego zastosowanie w dentystyce. — Cieszyński: Instytut dentystyczny uniwersytetu lwowskiego.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 24. października** 1917 o g. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Dr K. Michejda: Wskazania i technika amputacyi w czasie wojny. 2) Demonstracye.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 43. Kraków, 27. października 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 27. października 1917. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób dziecięcych Uniwersytetu Jagiellońskiego i ze szpitala fortecznego V.

Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon.

II. Doniesienie.

Dokomorowe wstrzykiwania surowicy. Znaczenie odporności czynnej. Przypadki 15—62.

Podał

lekarz sztabowy prof. Dr **Ksawery Lewkowicz**,
komendant szpitala fortecznego V.

Według wykładów w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w d. 28. VI. 1916 r. i na posiedzeniu naukowem lekarzy wojskowych twierdzy krakowskiej w d. 24. VI. 1916.

W marcu 1915 przedstawiłem tutaj po raz pierwszy [1]) moje spostrzeżenia i doświadczenia, dotyczące leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Zmierzają one do polepszenia widoków wyleczenia w tej ciężkiej chorobie, zbyt często jeszcze kończącej się śmiercią mimo stosowania leczenia swoistego w postaci wstrzykiwań nardzeniowych surowicy. Osiągnięcie lepszych wyników wydawało się możliwem w pierwszym rzędzie na tej drodze, że się surowicę wstrzykiwało dokomorowo, a także i namózgowo. Surowica działa wtedy w wysokiem zagęszczeniu przedewszystkiem na te siedziby choroby, które klinicznie można uważać za najważniejsze, zatem na siedzibę w komorach mózgowych i na sklepistości mózgu. I rzeczywiście, jakby to wynikało z mego pierwszego doniesienia, zapomocą takich wstrzykiwań otrzymać można, przynajmniej u dzieci starszych, wyniki bardzo dobre.

Doświadczenia prowadzone były w dalszym ciągu w r. 1915 i pierwszej połowie roku 1916 i z materyału, zebranego w tym czasie, a obejmującego 48 przypadków, chciałbym obecnie zdać sprawę. Oprócz dzieci zawiera ten materyał także dorosłych, mianowicie jeden przypadek z oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza i 11 przypadków ze szpitala fortecznego V.

P r z y p a d k i. Nie mogę oczywiście podawać tutaj opisu i tablic wszystkich 48 przypadków i muszę się ograniczyć do tych spostrzeżeń, które dla wywodów moich są szczególnie ważne, oraz do przypadków ostatnio spostrzeganych, w których już stosowałem szczepionkę. Przypadki te, szczegółowo opisane, w następnych wywodach oznaczane będą liczbą z gwiazdką. Przypadki pierwszej seryi oznaczone są liczbami rzymskiemi I—XIV.

[1]) »Przegląd lekarski« 1916 Nr 1. i 2. i »Wiener klin. Wochenschrift« 1916 Nr 8. (Przypadki I—XIV).

O b j a ś n i e n i e t a b l i c. 1. Pochodzenie płynów badanych i odpowiednie wstrzykiwania surowicy: *a* przestrzeń podpajęczynówkowa rdzenia (i wstrzykiwania nardzeniowe), *b* komora prawa, *c* komora lewa, *d* sklepistość mózgu po prawej, *e* sklepistość mózgu po lewej.

2. Surowica: *a* wiedeńska, *b* drezdeńska, *c* krakowska, *d* rekonwalescentów, *e* wiedeńska z dopełniaczem, *f* wiedeńska i własna świeża surowica chorego jako dopełniacz, *g* świeża surowica rekonwalescentów, działająca równocześnie jako dopełniacz, *h* własna surowica chorego uodpornionego świeża, zatem działająca równocześnie jako dopełniacz.

3. Szczepionka: *a* $^1/_2$ miliona ziarenkowców, *b* 1 milion, *c* 0,01 miliarda, *d* 0,1 miliarda, *e* 1 miliard, *f* 10 miliardów, *c—f* wstrzyknięte na raz, *g* 0,20 miliarda wstrzyknięte w 10 dawkach po 0,02.

4. Odczyn na istoty redukujące (cukier), na globuliny i znaki ogólne: *a* dane badanie nie wykonane, *b* wynik ujemny, *c* bardzo słabo, *d* słabo dodatni, *e* dodatni, *f* silny, *g* bardzo silny.

5. Sztywność karku: *a* krzywa, *b* normalne zgięcie głowy = sztywność karku 0°, *c* niemożność zgięcia poza położenie pionowe = sztywność karku 60°, *d* głowa odchylona w tył, niemożność wyrównania tego odchylenia poza kąt prosty od położenia pionowego = sztywność karku 150°.

6. Objaw Kerniga, t. j. przykurczenie w kolanie przy zgięciu biodra pod kątem prostym; badanie w położeniu grzbietowem: *a* krzywa, *b* niemożność wyprostowania poza kąt 45° od zupełnego wyprostowania t. j. kąta 0° = Kernig 45°.

7. Ból głowy: *a* słaby, *b* silny.

8. Przytomność: *a* wolna, *b* senność i apatya, *c* zamroczenie lekkie, *d* silne, *e* nieprzytomność.

9. Wymioty.

10. Drżenie kończyn odruchowe.

11. Drgawki ogólne.

12. Krzywa ciepłoty.

13. Krzywa tętna.

14. Krzywa ciężaru ciała.

15. Umiech: *a* nieznaczny, *b* wyraźny, *c* stale się następnie pojawiający od danej chwili.

16. Możność trzymania głowy (u niemowląt).

17. Możność siedzenia.

18. Możność stania i chodzenia.

19. Stolec: *a* uformowany (prawidłowy u dorosłego), *b* zbytnio twardy, *c* papkowaty (prawidłowy u oseska), *d* wolny, *e* płynny, *f* zwarzony, *g* ze śluzem, *h* tłuszczowomydlany, *i* krwawy.

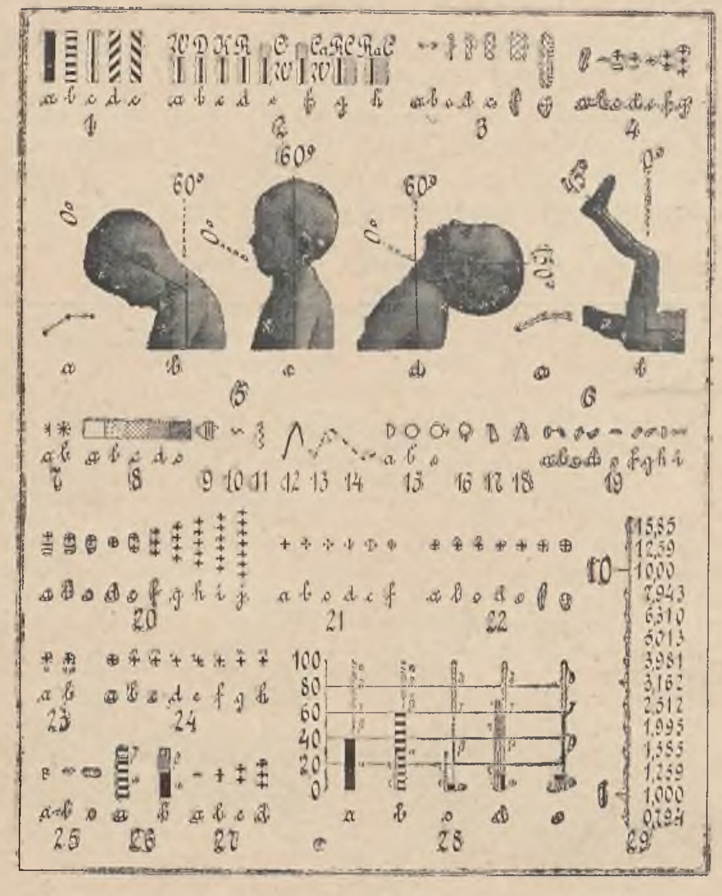
20. Ilość dwoinek (meningokoków) na 100 ciałek białych: *a* 0,001—0,01 (średnio 0,003), *b* 0,01—0,1, *c* 0,1—1, *d* 1—10, *e* 10—100, *f* 100—1000, *g* 1000—10.000, *h* 10.000—100.000, *i* 100.000—1,000.000, *j* 1,000.000—10,000.000.

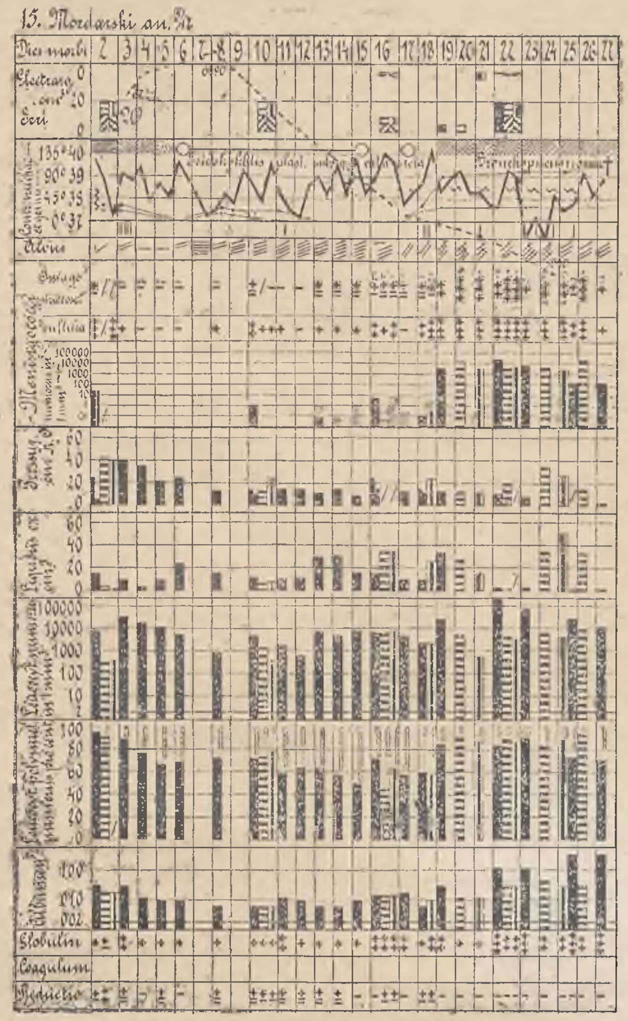
21. Zachowanie się meningokoków od *a* prawie wyłącznie dobrze utrzymanych do *f* prawie wyłącznie zwyrodniałych i nadtrawionych (p. zresztą 25).

22. Procent meningokoków zewnątrzciałkowych (reszta wewnątrz leukocytów lub nabłonków), *a* 0%, *b* 0—1%, *c* 1—10%, *d* 10—40%, *e* 40—60%, *f* 60—90%, *g* 90—100%.

23. Aglutynacya meningokoków zewnątrzciałkowych: *a* słaba, *b* silna.

24. Procent meningokoków zawartych w nabłonkach (reszta wewnątrz leukocytów lub zewnątrzciałkowo): *a* 0%, *b* 0—1%, *c* 1—10%, *d* 10—40%, *e* 40—60%, *f* 60—90%, *b—f* meningokoki jako takie zawarte w nabłonkach, *g* obok powyższych także





meningokoki pochłonięte przez ciałka białe, które do nabłonków zakażonych wtargnęły. *h* wszystkie meningokoki w nabłonkach pochłonięte przez leukocyty.

25. Makrofagi, t. j. nabłonki z ciałkami wielojądrzastemi: *a* bardzo nieliczne (poniżej 0,01 na 100 ciałek białych), *b* nieliczne (0,01—0,1 na 100 ciałek białych), *c* liczne (ponad 0·1 na 100 ciałek białych).

26. Ilość meningokoków w 1 mm³ płynu. Część cieniowana słupa, *β*, oznacza udział meningokoków nadtrawionych: *a* 25% (= 21 b), *b* 50% (= 21 c).

27. Hodowla: *a* ujemna, *b* 1—10 kolonii, *c* 11—100 kolonii, *d* ponad 100 kolonii na agarze ze surowicą.

28. Wzór cytologiczny wysięku: *α* ciałka wielojądrzaste, *β* limfocyty małe, *γ* limfocyty duże lub małe nabłonki, *δ* nabłonki, *ε* cienie ciałek nie dające się bliżej oznaczyć, *ξ* ciałka eozynochłonne, *η* ciałka zasadochłonne; *ξ* i *η* (w bieżącej seryi oznaczane tylko w pewnej części przypadku 15), przedstawiane z reguły w cienkich słupach jednorzędnych, należy odczytywać według podziałki w setnych procentu, w *b* i *c* zatem: 0,10% eozynofilów, 0,20% bazofilów; rzadziej przedstawiane w słupach dwurzędnych (*d*), wyrażających dziesiętne procentu, jeszcze rzadziej w pełnych słupach trzechrzędnych (*e*), wyrażających całe procenty; *d* i *e* przedstawiają zatem tensam wzór cytologiczny z 12% wszystkich wielojądrzastych, w tem 3% eozynofilów, 4% bazofilów, reszta (5%) neutrofilów.

29. Podziałka geometryczna.

Przypadek 15*. Przyjęty 31. III. 1915 w 2. dniu choroby. Dziecko, liczące 5 miesięcy, karmione piersią, ale także dokarmiane, dotknięte wybitnie krzywicą i tężyczką (skurcz otwarcia katody przy 3 miliamperach) oraz ciężką niestrawnością (traci w ciągu spostrzegania na ciężarze 900 g).

Ciężki stan ogólny, niepokój, stękanie, nastrzykanie spojówek i pokrycie śluzem rogówek (ważne jako objawy niedomykania powiek, upośledzenia wrażliwości odruchowej i nieprzytomnoci), drgawki, tętno 220, nieżyt oskrzelowy.

Objawy oponowe wyraże: czoło zmarszczone, ciemię lekko napięte, sztywność karku zaznaczona, Kernig ±, objaw karkowy Brudzińskiego +.

Pierwsze wstrzyknięcia surowicy dokomorowo i namózgowo w drgawkach. Potem niejaka poprawa objawów oponowych, meningokoki znikają. Przeciwnie niestrawność pogarsza się, mimo, że dziecko żywione jest mlekiem kobiecem. Dziecko przebywa plastyczne zapalenie ciałka rzęskowego z następową zaćmą. Ósmego dnia choroby meningokoki zjawiają się znowu, a objawy oponowe zaostrzają się. Następne wstrzykiwania surowicy (d. 16 i 22 z elektrargolem) coraz mniejszy mają skutek. Od dnia 19 (po wykonanem dnia poprzedniego nakłuciu komory bez wstrzyknięcia surowicy) znaczne pogorszenie: głowa przegięta ku tyłowi, drżenie rąk, podniesienie się ilości białka, szczególnie w zakresie rdzenia, wreszcie końcowe zapalenie płuc odoskrzelowe.

Badanie pośmiertne: Komory rozszerzone z treścią przeważnie ropną; ropa na rdzeniu i na podstawie mózgu od wylotu komory czwartej do rowków Sylwiusza. Przeciwnie na sklepistości podgojone zmiany, i tylko tu i ówdzie skąpe nacieki ropne. W płatach czołowych torbiele po wstrzyknięciach surowicy.

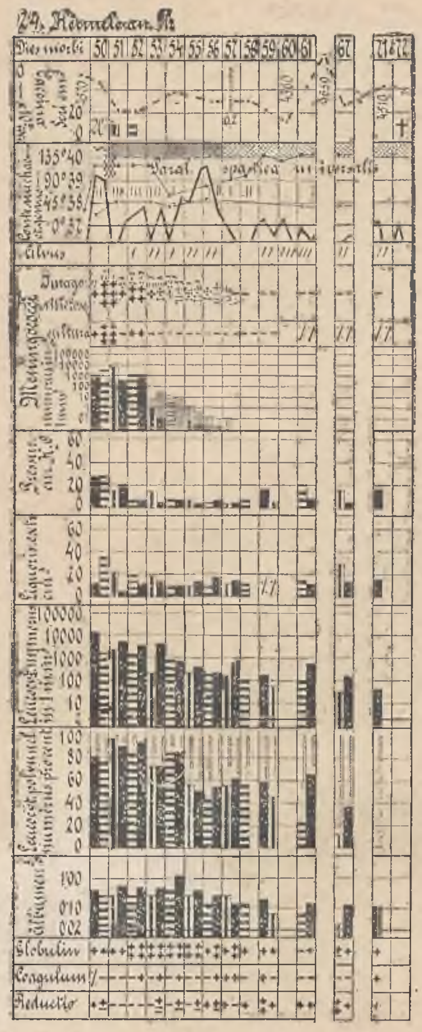
Przypadek 24*. Przyjęty 2. V. 1916, w domu był chory 7 tygodni. Dziecko 8-miesięczne, karmione piersią, lekko krzywicze. Wychudzenie, brzuch zapadły, głowa w tył przegięta, tężec tylny. Kernig ±, objaw karkowy Brudzińskiego ujemny, jęczenie, czasami drżenie rąk, częste wymioty, ciemię lekko wypuklone i napięte, gałki wysadzone, obwód głowy $45^1/_2$ cm.

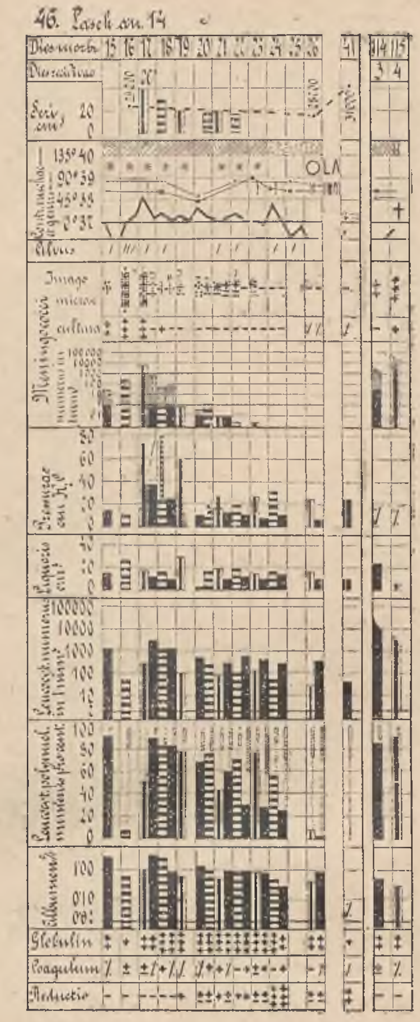
Dnia 51. (w związku z wykonanem w przeddzień nakłuciem komory bez wstrzyknięcia surowicy) utrata przytomności z niedomykaniem powiek i następowemi owrzodzeniami rogówki, całą noc drgawki, Brudziński +, Kernig +.

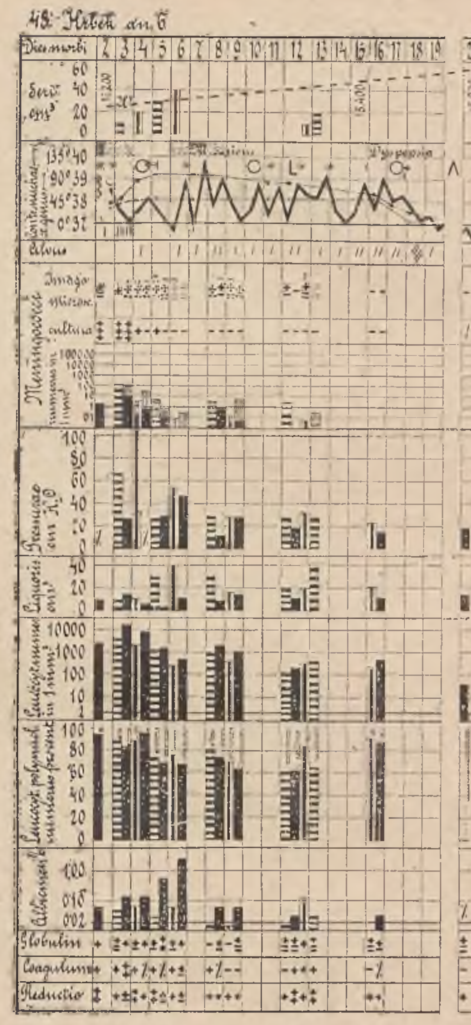
Po wstrzyknięciach surowicy gładkie wyleczenie sprawy swoistej. Szczepionka, wstrzyknięta dnia 57. (20 milionów meningokoków z 1 cm³ surowicy meningokowej), nie miała już chyba dla tego wyleczenia żadnego znaczenia.

Od dnia 53. objawy ogólnego porażenia kurczowego (choroba Littlea obustronna). Dnia 72. śmierć bez żadnej innej przyczyny.

Badanie pośmiertne: Znaczne wodogłowie wewnętrzne z płynem zupełnie jasnym. Opony miękkie na sklepistości miej-







scami nieco zgrubiałe, zresztą (także w zakresie rdzenia) bez zmian makroskopowych. Inne narządy bez zmian istotnych.

Przypadek 46*. Chłopiec 14-letni, przeniesiony do kliniki ze szpitala św. Łazarza 27. III. 1916 w 15. dniu choroby.

Odżywienie liche, ślady przebytej krzywicy, brzuch zapadły. Chory przytomny, ale senny, sztywność karku znaczna, Kernig 80°, Brudziński ++, wzmożenie odruchów kolanowych, słabe drżenie stopowe.

Dnia 17. (po nakłuciu komory w przeddzień bez wstrzyknięcia) zaostrzenie objawów: silniejsze bóle głowy, gorączka. Następnie wśród wstrzykiwań dokomorowych surowicy poprawa; meningokoki stają się mniej liczne i są przeważnie zwyrodniałe. W zakresie rdzenia ropienie stopniowo opada, w komorach widzimy wahania, ale na ogół utrzymuje się ono na wysokim poziomie.

Dnia 21. stwierdza się znowu, wprawdzie nieliczne, ale bardzo dobrze zabarwione meningokoki, które przytem są jakby posiekane, zatem żywo się dzielą. Zapowiadały one zaostrzenie, względnie nawrót. Gdy jednak pod wpływem surowicy, wstrzykniętej w dniach 21. i 22., meningokoki z płynu mózgowordzeniowego znikły, dalsze leczenie swoiste wydawało się zbyteczne. Stan chorego następnie, chociaż powoli, stopniowo się poprawiał, objawy oponowe były coraz mniej wyraźne, ale nawet, gdy dnia 41. na święta wielkanocne chory wypuszczony został z kliniki, okazywał jeszcze ślad sztywności karku i objawu Kerniga, był osłabiony, przeważnie senny, często wymiotował. Jednak wobec wyniku badania płynu mózgowordzeniowego, a mianowicie wobec zupełnego ustąpienia ropienia, musiało się uważać chorego za wyleczonego.

W domu przyszedł następnie zupełnie do siebie, a nawet mógł ciężko pracować. Dnia 1. VII. 1916 (t. j. 112. dnia choroby pierwotnej, okrągło w 3 miesiące od stwierdzonego bakteryologicznie dnia 24. wyleczenia) dostał nagle silnego bólu głowy, wymiotów, światłowstrętu, przeczulicy słuchowej. Oddany w trzecim dniu nawrotu znowu do szpitala św. Łazarza, zmarł tamże dnia następnego wśród wybitnych objawów zapalenia opon, a w końcu osłabienia serca i wielkiego oddychania.

Badanie pośmiertne: Opony miękkie na sklepistości mózgu lekko miejscami zgrubiałe, dlatego białawe. Najznaczniejsze zgrubienie na przednim biegunie płatu czołowego prawego. Tamże zwapnienie na przestrzeni 1,5 cm wszerz, a 2,5 cm z góry na dół. Słabe nacieki ropne (makroskopowo surowiczoropne) na dolnej powierzchni móżdżku, na moście Warola, w sąsiedztwie skrzyżowania nerwów wzrokowych, wreszcie rozsiane na przedniej i tylnej powierzchni rdzenia. Komory rozszerzone; płyn w nich bardzo mętny ze strzępami ropy. Mięsień sercowy przyćmiony, płuca przekrwione.

Przypadek 48*. Chłopiec 6-letni, przyjęty 7. IV. 1916 w drugim dniu choroby.

Rano w tymże dniu drgawki ogólne. Obfita wysypka, na kończynach odrowata, na tułowiu plamicza, także na spojówkach wybroczyny. Senność i apatya, sztywność karku i objaw Kerniga wyraźne, objaw karkowy Brudzińskiego ujemny, ogólna przeczulica, drżenie kończyn.

Trzeciego dnia objawy oponowe silniejsze, objaw Brudzińskiego dodatni, wymioty.

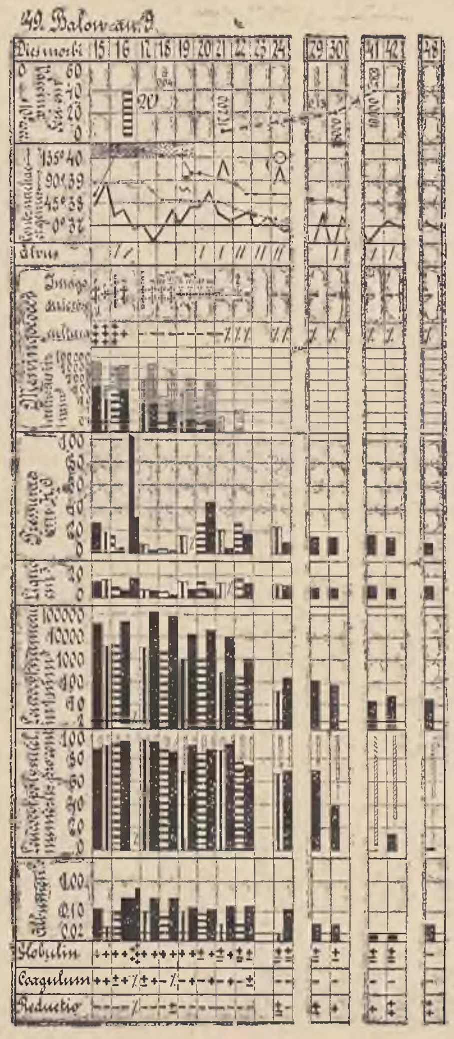
Wśród leczenia surowicą pewna poprawa w stanie ogólnym, ale objawy oponowe utrzymują się, a nawet częściowo się zaostrzają. Od dnia 7. przypadłości posurowicze. Dnia 12. komory okazują się jeszcze zakażone dobrze barwiącymi się meningokokami, ale zakres rdzenia jest już wolny. Po wstrzyknięciach w dniach 12. i 13. szybkie i zupełne wyleczenie.

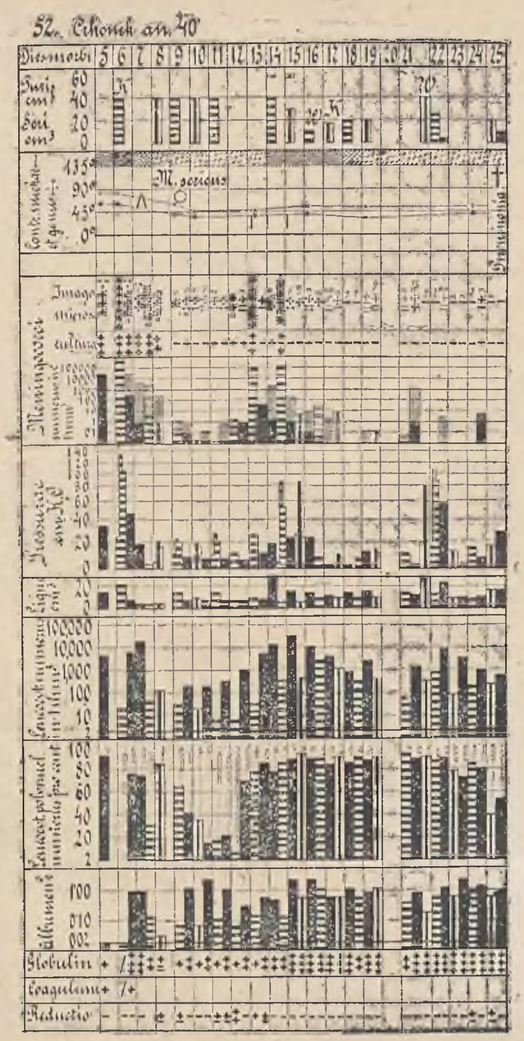
Przypadek 49*. Chłopiec 9-letni, przyjęty 12. VI. 1916 w 15. dniu choroby w stanie ciężkim. Zamroczenie, bredzenia, przeczulica, sztywność karku 60°, Kernig 90°, Brudziński +, zez zbieżny.

Dnia 16. choroby (po nakłuciach w przeddzień) pogorszenie: nagle rano przegięcie głowy ku tyłowi z niemożnością połykania tak, że musiano zastosować karmienie zgłębnikiem, nieprzytomność, skubanie strzępków.

Po surowicy powolne polepszenie. Dnia 17. występuje nierówność źrenic, która następnie jeszcze się powiększa. Dnia 19., kiedy przytomność powróciła, stwierdza się głuchotę. dnia 22. opadnięcie powieki lewej. Objaw Kerniga już dnia 27. jest ujemny, sztywność karku utrzymuje się w małym stopniu do dnia 36.

Oprócz surowicy zastosowano tutaj także szczepionkę, mia-





nowicie dnia 18. — 40, dnia 29. — 133, dnia 41. — 500 milionów meningokoków.

Przypadek 52*. Mężczyzna 40-letni, przyjęty do szpitala fortecznego 16. II. 1916 w 5. dniu choroby w stanie bardzo ciężkim. Odżywienie liche. Silne przymglenie przytomności, sztywność karku wybitna, Kernig 80⁰, Brudziński ++. (Tablica gorączkowa tego przypadku zaginęła).

Dnia szóstego przytomność jeszcze więcej przymglona, szpary powiekowe niedomknięte, rogówki pokryte śluzem.

Wśród leczenia surowicą (krakowską) wyraźna poprawa objawów oponowych. Mimo to na prawej rogówce powstaje owrzodzenie, pojawiają się objawy niedowładu nerwu twarzowego lewego. Po przerwie w stosowaniu surowicy w dniu 13. i 14. znowu pogorszenie: wymioty, śpiączka, oddawanie stolca pod siebie, drżenie stopowe, odleżyny. I znów po surowicy, częściowo już wiedeńskiej, poprawa. Dnia 25. w nocy nagle niepokój, kaszel, sinica, jako objawy końcowego zapalenia płuc, szybko wiodącego do zejścia śmiertelnego.

W dniach 14. i 15. wykonałem w tym przypadku tytułem próby wstrzyknięcie do komór wraz z surowicą ciałek ropnych z rdzenia, ilość ciałek w komorach była bowiem stale bardzo mała. Wynik tych zabiegów był ujemny.

Badanie pośmiertne: Opony miękkie na sklepistości mózgu tylko zmętniałe, miejscami jedynie ślady ropy. Przeciwnie na podstawie sporo ropy u wylotu czwartej komory, na móżdżku, na moście, w sąsiedztwie skrzyżowania nerwów wzrokowych, w rowkach Sylwiusza. Także na tylnej powierzchni rdzenia nieco ropy. Komory mózgowe nieznacznie rozszerzone, w lewej bocznej i czwartej skrzep galaretowaty, w dolnym rogu komory czwartej nieco ropy. Sploty ropą naciekłe. Zapalenie płuc i opłucnej po stronie prawej, zapalenie ochrząstnej w krtani, podostry obrzęk śledziony.

Przypadek 61*. Mężczyzna 18-letni, przyjęty dnia 9. VI. 1916 w 9. dniu choroby.

Przymglenie przytomności, lekkie bredzenie, sztywność karku wybitna, Kernig 70⁰, Brudziński +, prawy kąt ust niżej ustawiony.

Dnia 10. głowa silnie w tył podana, silniejsze bredzenie. Po surowicy do dnia 14. wyleczenie sprawy swoistej i znaczne zwolnienie objawów oponowych. Następnie między dniem 15. a 20. gorączka, którą należy odnieść do posurowiczego zapalenia opon. Wysypek posurowiczych nie stwierdzono, zatem nie chodziło o zwykłą chorobę posurowiczą. Chory skarżył się na bóle głowy, a płyn mózgowordzeniowy okazywał podniesienie ilości ciałek białych, a jeszcze więcej procentu ciałek wielojądrzastych.

Następnie do dnia 32. objawy oponowe ustępują zupełnie.

Chory oprócz surowicy dostał wstrzyknięcia szczepionki mianowicie d. 12. 6., dnia 15. — 100, dnia 29. — 300, dnia 37. — 640, dnia 67. — 1280, dnia 77. — 2400 milionów meningokoków.

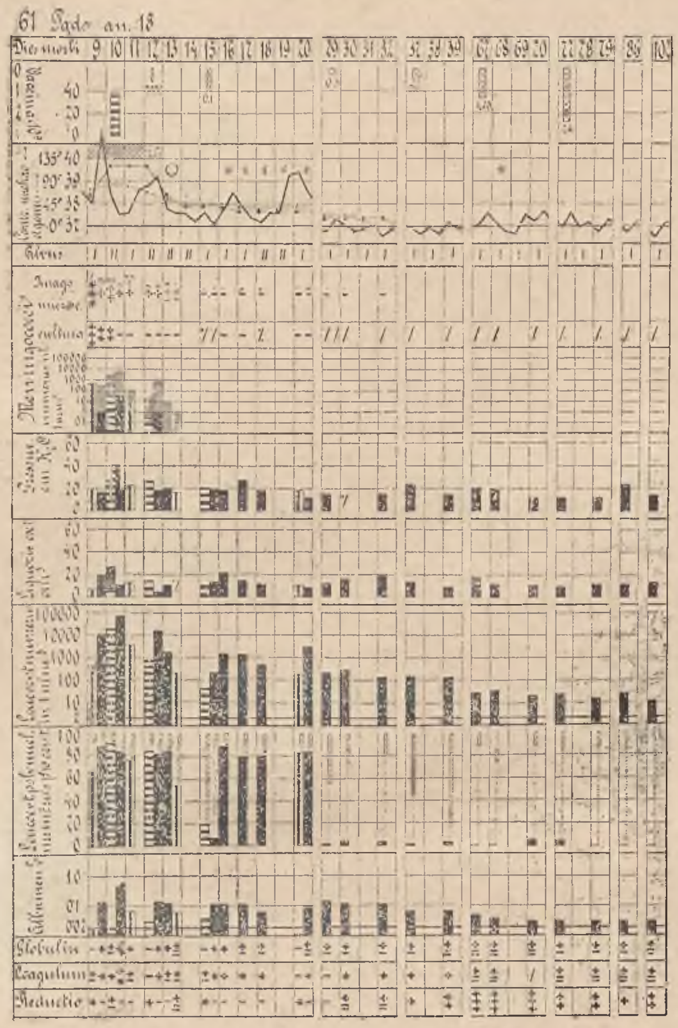
Przypadek 62*. Dziewczynka 10-letnia, przyjęta do kliniki dnia 18. VI. 1916, w 10. dniu choroby, głucha od piątego dnia.

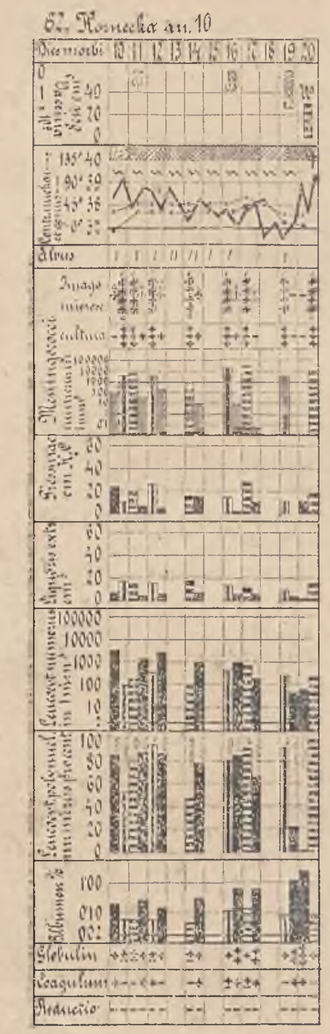
Stan względnie ciężki, pleśniawki w jamie ustnej. Sztywności karku się nie stwierdza. Kernig 30⁰, Brudziński wybitny, ogólne drżenie, odruchy kolanowe żywe, drżenie stopowe.

Po nakłuciu komory w dniu 10. wieczorem majaczenia, nazajutrz objawy oponowe silniejsze, mierna sztywność karku.

Leczniczo zastosowano wyłącznie szczepionkę. Chora dostała dnia 11. — 100, dnia 16. — 500, dnia 19. — 1200 milionów meningokoków podskórnie. Wśród tego leczenia ciepłota powoli spada, ale objawy oponowe trwają dalej, a stan ogólny raczej się stopniowo pogarsza. W płynie stopniowe wyleczenie w zakresie rdzenia, co właśnie zachęcało do kontynuowania leczenia, ilość ciałek w końcu poniżej 100, wielojądrzastych kilka procent, ale białko wysokie (odcięcie od komór). W komorach pewne polepszenie (wyrażające się głównie pojawieniem się meningokoków nadtrawionych), zresztą krótkotrwałe i nie istotne; potem znów pogorszenie. Dnia 20. gorączka, wysypka odrowata, nieprzytomność, zatrzymanie moczu, poty, niedowład nerwu twarzowego, silniejsze drżenie kończyn, w moczu ślad białka, oddychanie powierzchowne. Surowica, zastosowana »in extremis«, nie mogła już wpłynąć na zejście.

Badanie pośmiertne: Zupełne wyleczenie w zakresie sklepistości, bocznych części podstawy mózgu i w zakresie rdzenia. Opony miękkie w tych miejscach przekrwione, ale nawet zgru-





bień następowych makroskopowo się nie stwierdza. Tylko w okolicy rdzenia przedłużonego, na tylnej powierzchni rdzenia kręgowego tuż pod rdzeniem przedłużonym, w okolicy mostu Warola, szypułek mózgowych, skrzyżowania nerwów wzrokowych, spore nacieki ropne. Komory szerokie, wypełnione znaczną ilością płynu brudnego, nieco krwawego, jednak bez wyraźnej domieszki ropy. Wątroba i nerki przekrwione.

T e c h n i k a w s t r z y k i w a ń d o k o m o r o w y c h opisaną już została pokrótce w pierwszem mojem doniesieniu. Jest ona zarówno u niemowląt przy nakłuwaniu komór przez ciemię, jakoteż u osobników z zamkniętą czaszką przy użyciu wiertacza rynienkowego Gotzego bardzo prosta. Nakłucia wykonuje się na szczycie głowy zależnie od wieku i wielkości czaszki 3—4—5 cm. od linii środkowej. Igiełkę zwraca się ku środkowi jamy czaszkowej. Można się także kierować tem, żeby przy patrzeniu na chorego z przodu igiełka wydawała się skierowaną ku podstawie nosa.

Dla uniknięcia obrażeń naczyń nie należy używać igiełek zbyt ostrych, wystarczą na tyle tylko zaostrzone, żeby przejście przez oponę twardą nie natrafiało na trudności. Grubość igiełki wynosić powinna 1 mm., długość 7—7·5 cm. U dorosłych tak długą igiełkę musi się niekiedy wkłuć zupełnie aż do nasadki, aby się dostać do komory. W jednym przypadku (51) u dorosłego z czaszką dużą i uderzająco kulistą igiełki długości 7·5 cm. nie osiągały komór, lub tylko niezupełnie i wstrzykiwania dokomorowe przeważnie się nie udawały. Należałoby mieć zatem w zapasie także igiełki nieco dłuższe.

Zabiegi wykonywałem także u dzieci starszych i dorosłych, gdzie potrzebne jest przewiercanie czaszki, z zasady bez uśpienia. Zabieg jest mało bolesny i według podań chorych stanowczo mniej przykry, niż nakłucie lędźwiowe.

Wobec paru setek nakłuć komorowych, które już wykonałem, mogę śmiało twierdzić, że zabieg sam przez się nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Pewne ostrożności byłyby jednak wskazane.

I tak należałoby unikać zbyt forsownych wstrzykiwań większych dawek surowicy po skąpem wypuszczeniu płynu, o ile odpływ płynu jest znacznie utrudniony, tak że do wstrzyknięcia trzeba użyć wysokiego ciśnienia.

Wstrzykiwania w tych warunkach przedstawiają niewątpliwie znaczne korzyści: surowica dostaje się do wszelkich zaułków, w których gnieździ się sprawa chorobowa, i co, ważniejsza, przy zahamowanym odpływie i przy ograniczonem do minimum rozcieńczaniu przez nowo wytwarzający się płyn mózgowordzeniowy — produkcya splotów naczyniówkowych musi być przecież zależna od ciążącego na nich ciśnienia — pozostaje długo na miejscu w stanie zgęszczonym i może osiągnąć możliwie największy skutek. Co do ciśnienia, którego można użyć podczas wstrzykiwań, to musi się ono poruszać w dostatecznej odległości od ciśnienia tętniczego krwi, zbliżenie się bowiem do tego ciśnienia groziłoby przerwaniem krążenia śródczaszkowego. I tak u dorosłego, u którego w stanie zdrowia ciśnienie tętnicze wynosi około 160 mm. Hg (= 217 cm. H_2O) można posunąć się do 100 mm. Hg (= 135 cm. H_2O, p. przyp. 52), a nawet do 120 mm. Hg (=160 cm. H_2O). U dzieci najwyższe dozwolone ciśnienie jest stosownie do niższego ciśnienia krwi niższe, niż u dorosłego, jeszcze niższe u oseseków, a bardzo nizkie u noworodków, u których ciśnienie tętnicze według moich pomiarów wynosi około 67 mm. Hg (=90 cm. H_2O). Trzeba sobie zdawać sprawę z tego, jakie jest w przybliżeniu najwyższe dozwolone ciśnienie, ale nie potrzeba się wcale, mianowicie u dzieci starszych i u dorosłych, do niego posuwać, gdyż nawet wysokie dawki surowicy udaje się z reguły bez trudności wstrzyknąć przy ciśnieniach średnich około 60 mm Hg (= 80 cm. H_2O), a co najwyżej 80 mm. Hg (= 108 cm. H_2O), jeżeli się

wstrzykuje powoli w ciągu dłuższego czasu. Unika się w ten sposób wszelkich zaburzeń, a cel zamierzony, dłuższe działanie surowicy zgęszczonej na komory, tem lepiej się osiąga. Przeciwnie przy forsowniejszem, zatem szybszem wstrzykiwaniu i użyciu wyższych ciśnień pojawiają się zaburzenia: niepokój, poty, bóle głowy i kończyn, wymioty, zamroczenie lub utrata przytomności. Zaburzenia te szybko przechodzą i na ogół nie mają większego znaczenia. Mimo to należy ich stanowczo unikać, gdyż w pewnych warunkach mogą mieć przecież poważniejsze skutki. I tak w jednym przypadku u dorosłego (53) przy użyciu zbyt wysokiego ciśnienia — wysokości nie mogę podać, gdyż połączenie manometru z komorą nie działało należycie — chory na kilka minut stracił przytomność. W jakie 12 godzin po zabiegu rozwinęły się objawy rozległego rozsianego zapalenia płuc odoskrzelowego, które piorunująco doprowadziło do zejścia śmiertelnego. Rozwinięcie się tego powikłania można było z wielkiem prawdopodobieństwem odnieść do obecności bardzo ostrego nieżytu tchawicy i oskrzeli (badanie kliniczne i pośmiertne) i do aspiracyi śluzu zakaźnego z oskrzeli do pęcherzyków płucnych podczas utraty przytomności i oddychania charczącego. Chodziło tu o powikłanie, które także po utratach przytomności innego pochodzenia, n. p. przy narkozie, zdarza się nierzadko.

Na trudności przy wstrzykiwaniu większych dawek surowicy napotyka się tylko przy pierwszem wstrzyknięciu. Tłumaczy się to tem, że przy ropieniu następuje zatkanie ropą dróg odprowadzających i stąd odpływ płynu z przestrzeni podpajęczynówkowej jest znacznie utrudniony albo prawie zupełnie niemożebny. Chodzi o utrudnienie odpływu z całego worka podpajęczynówkowego, a wcale nie odnosi się to tylko do komór. Gdy następnie wskutek działania surowicy ropienie się cofnie i odpływ stanie się wolny, wtedy można bez trudności wstrzykiwać nawet wysokie dawki, ciśnienie podnosi się nieznacznie i opada szybko (46*, 52*, przy wstrzykiwaniach wpisane jest: a) ciśnienie początkowe, b) wysokość, do której wzniosło się ciśnienie przy wstrzykiwaniu, c) ciśnienie jakie 10 minut po zakończeniu wstrzyknięcia). Ta zmiana warunków mojem zdaniem dla działania nie jest jednak pożądana, gdyż surowica pozostaje wtedy w komorach i przestrzeni podpajęczynówkowej krótki tylko czas i szybko odpływa do naczyń, wypierana przez nowo wytworzony płyn mózgowordzeniowy. Dla leczenia należy zatem wyzyskać przedewszystkiem właśnie ten czas, kiedy odpływ jest utrudniony. Zatem wstrzykiwać surowicę w wysokiej dawce raz jeden, lub dwa dni z rzędu. Dalszych wstrzykiwań lepiej zaniechać, gdyż obciążają tylko niepotrzebnie chorego gatunkowo obcą surowicą bez widoków wydatnego działania (przyp. 46* dni 19—22, przyp. 48* dz. 4—6, przyp. 52* dni 7—11 i 15—19). Do surowicy należy powrócić w danym razie dopiero po ponownem zaostrzeniu się ropienia i utrudnieniu odpływu, zatem wtedy, gdy warunki znów zbliżą się do pierwotnych (przyp. 52* dzień 14, 21 i 22). Wyniki, które osiąga się przy takiem postępowaniu, są uderzająco dobre (przyp. V, VIII, IX, XII, XIII, 49*, 61*) w porównaniu do wyników przy ogólnie dotąd polecanych dawkach codziennych, powtarzanych aż do ustąpienia meningokoków (przyp. VI, 46*, 48*, 52*). Ostatecznie jednak w pewnych okolicznościach i to postępowanie może zawieść (przyp. 15*).

Wstrzykiwania powinny się odbywać bezwarunkowo pod kontrolą manometru, który się włącza zapomocą kurka trójdrożnego pomiędzy strzykawkę, a igiełkę wkłutą do komory. Jakiś czas wykonywałem przy wstrzykiwaniach dokomorowych obok komorowego nakłucie lędźwiowe i także w zakresie rdzenia ciśnienie równocześnie oznaczałem. W razie nadmiernego podniesienia się ciśnienia przy wstrzykiwaniu można wtedy pewną ilość płynu wypuścić przez igiełkę lędźwiową. Postępowanie to nie wydaje mi się jednak obecnie racyonalnem.

Ciśnienia, mierzone w położeniu leżącem na równej wysokości równocześnie z jednej strony w komorze, z drugiej w zakresie rdzenia, okazują się z reguły równe i wahają się przy wypuszczaniu płynu i przy wstrzyknięciach, o ile to wynika z moich dotychczasowych pomiarów, równolegle, co jest dowodem, że istotnych przeszkód komunikacyi między obiema temi przestrzeniami zwykle niema. Nie wyłącza to jednak utrudnienia komunikacyi, polegającego czy to na obecności gęstej ropy, czy wpływie takich czynników, jak zdarzające się niekiedy — przypuszczalnie skutkiem wodogłowia — wklinowanie rdzenia przedłużonego do otworu potylicznego (15*, 62*).

W końcu muszę jeszcze przestrzedz przed wykonywaniem nakłuć, głównie komorowych, z wydatnem wypuszczaniem płynu, a bez wstrzyknięcia surowicy w okresie ostrym, gdy zakażenie trwa jeszcze w całej pełni. Regularnie, chociaż zależnie od przypadku w postaci mniej lub więcej ciężkiej, pojawia się w kilkanaście godzin po takich zabiegach, niekiedy nagle, zaostrzenie w obrazie chorobowym. Objawy spostrzegane były następujące: niepokój, rzucanie się, wymioty, czasem drżenie kończyn, utrata przytomności, podniesienie się gorączki, lub wystąpienie jej, jeżeli jej przedtem nie było, u dzieci tężyczkowych drgawki. Często występuje nagle przegięcie głowy ku tyłowi, co prawdopodobnie jest w związku z wklinowaniem rdzenia do otworu potylicznego, gdyż równocześnie podnosi się zwykle znacznie stosunek zawartości białka rdzeniowego do komorowego, a to świadczyłoby za utrudnieniem komunikacyi między komorami a zakresem rdzenia. Wyjątkowo (33) zaburzenia te mogą prowadzić nawet wprost do zejścia śmiertelnego. Przykłady tego pogorszenia znajdujemy w przyp 15* dzień 18/19, w przyp. 24* od 50/51, w przyp. 46* d. 16/17, w przyp. 49* dz. 15/16, w przyp. 61* d. 9/10. Związek ten stosunkowo późno spostrzegłem głównie dlatego, że pogorszenie nie występuje bezpośrednio po zabiegu, a nawet bezpośrednio zwykle zaznacza się pewna poprawa, tak że pogorszenia te mogą robić wrażenie samoistnych.

W y n i k i. Przy ocenianiu wyników należałoby uwzględnić wartość leczniczą użytej surowicy. Niestety nie rozporządzam co do tego z przeważnej części czasu, o który chodzi, danemi ściślejszemi. Z doświadczeń klinicznych, mianowicie często powtarzającego się zupełnie ujemnego wyniku u oseskôw, musiałoby się wnosić — o ile ten materyał nie różnił się zasadniczo od materyału pierwszej seryi co do swej ogólnej oporności, — że nawet surowica wiedeńska, w poprzednich doświadczeniach tak pewnie działająca, a jeszcze wyraźniej drezdeńska, nie miały w pierwszych latach wojny, być może skutkiem przeciążenia zakładów wyrabiających surowicę, pełnej przedwojennej wartości; u dzieci jednak starszych i u dorosłych dawały one na ogół dobre wyniki. Surowica krakowska, wyprodukowana w zakładzie Bujwida na prędce, z konieczności, gdy innej nie można było dostać, okazała się leczniczo bezwartościową, gdyż nawet u dzieci starszych i u dorosłych przeważnie zawodziła.

Dopiero w ostatnim czasie podjął Dr Bujak, asystent kliniki, próby oznaczania wartości leczniczej używanych surowic. Z badań tych, które mają być osobno ogłoszone, wynika, że surowica krakowska w połączeniu z dopełniaczem nie wywiera »in vitro« na meningokoki żadnego działania bakteryobójczego, natomiast surowica wiedeńska działa w tym kierunku wybitnie. Jestto tem dziwniejsze, że obie surowice aglutynują meningokoka równo silnie. Bakteryobójczości surowicy drezdeńskiej nie można było oznaczyć, gdyż zawiera domieszkę fenolu.

Niemowląt miałem ogółem w leczeniu 12. Wyłączyć musimy jednak dziecko, które zmarło w dniu przyjęcia, zanim jeszcze zdołano przystąpić do zastosowania surowicy, dalej trzy przypadki, leczone surowicami mało wartościowemi (2 przypadki krakowską, jeden Merckowską, która była przechowywana przeszło dwa lata). Jeżeli przytem przypadek 24*, w którym po wyleczeniu sprawy swoistej nastąpiła śmierć na wodogłowie przewlekłe, zaliczymy do wyleczonych, pozostanie 8 chorych, z których 5 zmarło skutkiem

sprawy swoistej; śmiertelność ze swoistej sprawy wynosiła zatem 62%.

Śmiertelność niemowląt jest więc bardzo wysoka. Nie usprawiedliwiony byłby jednak wniosek, że surowica i metoda same przez się w tym materyale przeważnie zawodzą. Widzimy bowiem, że w pewnych przypadkach surowica, wstrzyknięta dokomorowo, działa równie wydatnie, jak u dzieci starszych i u dorosłych. I tak u dwojga dzieci 5-miesięcznych, jednego, przyjętego w trzecim, drugiego w 31 dniu choroby, wystarczył jeden zabieg do osiągnięcia wyleczenia; szybkie przerwanie sprawy swoistej osiągnięto także w przypadku 24*. W dwóch pierwszych chodziło o dzieci silne, bez zmian ogólnych, rozporządzające widocznie znaczną ogólną opornością. Przeciwnie w przypadkach niekorzystnych chodziło bez wyjątku o dzieci, mniej lub więcej ciężko ogólnie uszkodzone, dotknięte niestrawnością, krzywicą i tężyczką.

Fatalny wpływ na przebieg przypadku i rokowanie wywiera przedewszystkiem każda cięższa niestrawność, czyto chodzi o sprawę, która istniała już poprzednio, czy też o zaburzenie, które rozwinęło się — ewentualnie z nieznacznych zaczątków niedomagania gospodarki — dopiero pod wpływem zapalenia opon tak, jak może się rozwinąć pod wpływem jakiegokolwiek innego zakażenia pozajelitowego. Przybiera ono wtedy (przyp. 15*) łatwo cechy niestrawności niszczącej (decompositio) i podkopuje gwałtownie wszelkie siły oporne ustroju.

Co do tężyczki, to we wszystkich czterech niekorzystnych przypadkach, które w tym kierunku były badane, był objaw Erba (podwyższenie pobudliwości elektrycznej nerwów obwodowych) wyraźnie dodatni. Kombinacya z tą chorobą wpływa więc niewątpliwie w sposób wybitnie niekorzystny na rokowanie. Także pojawienie się drgawek ogólnych w przebiegu nagminnego zapalenia opon zależy prawie zawsze od tężyczki.

Niekorzystne wyniki w niemowlęctwie mają więc szczególne uzasadnienie w pewnych zboczeniach ogólnych, bardzo rozpowszechnionych w tym wieku.

Dzieci w drugim roku życia, które ze względu na częstość tych zboczeń stanowią przejście do dzieci starszych, miałem w leczeniu troje. Po wyłączeniu jednego przypadku, który dostał surowicę »in extremis« — przytem chodziło o surowicę krakowską — pozostałyby dwa przypadki; oba skończyły się wyleczeniem.

Dzieci starszych od 2—14 lat było 21. Należy z nich wyłączyć: 1) przypadek 33, gdzie chory zmarł w ciągu pierwszej doby po przyjęciu, w 18 godzin po nakłuciu komory bez wstrzyknięcia surowicy, 2) przypadek 62*, leczony szczepionkami, który surowicę dostał już w stanie beznadziejnym, 3) przypadek, który dostał »in extremis» surowicę drezdeńską, 4) przypadek 32, dziecka 4-letniego, leczony początkowo bezwartościową surowicą krakowską, potem wiedeńską, co jednak już nie odwróciło katastrofy. Pozostaje przypadków 17. We wszystkich tych przypadkach osiągnięto wyleczenie sprawy swoistej. Jedna jednak chora (przyp. 31, dziewczyna 13-letnia) zmarła następowo skutkiem perlaka (cholesteatoma) rdzenia przedłużonego i połączonego z nim wodogłowia, zatem skutkiem przypadkowej kombinacyi z inną sprawą, przyczem do zejścia przyczyniło się nabyte w klinice zakaźne zapalenie okrężnicy (colitis). Jak badanie pośmiertne wykazało, sprawa swoista opon była doszczętnie wyleczona, nawet śladów w postaci zgrubień lub stwardnień opony miękkiej makroskopowo nie stwierdzono. Drugi przypadek (46*) uległ nawrotowi, który rozwinął się ostro w 3 miesiące po wyleczeniu.

Dorosłych leczono 12. Należy z nich wyłączyć: 1) przypadek 50, który był leczony dłuższy czas w szpitalu garnizonowym XV. naprzód tylko nakłuciami lędźwiowemi, potem wstrzykiwaniami nardzeniowemi, a do nas dostał się w stanie analogicznym do końcowego okresu przypadku 52*, zatem w stanie beznadziejnym mimo bardzo małej ilości meningokoków w płynie komorowym i rdzeniowym; 2) wspomniany przypadek 51, w którym nakłucia komór i wstrzykiwania dokomorowe się nie udawały i musiano się przeważnie zadowolnić wstrzykiwaniami nardzeniowemi (surowicy drezdeńskiej); 3) wspomniany już przypadek 53, w którym prawdopodobnie skutkiem zabiegu rozwinęło się ostre zapalenie płuc odoskrzelowe i 4, przypadek 52* wyjątkowo ciężki, przytem leczony prawie wyłącznie bezwartościową surowicą krakowską. Pozostaje przypadków 8, wszystkie wyleczone.

Podnieść należy, że w materyale przypadków wyleczonych, tak dzieci, jak dorosłych znajdowały się przypadki bardzo ciężkie, które przy zwykłem leczeniu byłyby prawdopodobnie stracone.

Z powyższego okazywałoby się, że u dzieci starszych i u dorosłych, o ile nie chodzi o przypadki piorunujące lub dostające się do leczenia w stanie końcowym, jeżeli zatem jest czas na osiągnięcie wyniku, jeżeli rozporządza się pełnowartościową surowicą i nie popełni jakichś błędów, które wobec niezupełnie jeszcze ustalonej techniki nie były w naszym materyale wyłączone, to sprawa przy stosowaniu surowicy dokomorowem kończy się z reguły wyleczeniem. Podobne wyniki możemy otrzymać także u niemowląt, o ile wyłączymy dzieci w wieku pierwszych paru miesięcy, jako materyał szczególnie mało oporny i o ile chodzi o dzieci wolne od zboczeń ogólnych (tężyczki, krzywicy) i cięższych zaburzeń żołądkowo-jelitowych, odbijających się niekorzystnie na oporności dziecka.

Wyniki praktyczne przemawiają zatem niedwuznacznie za stosowaniem surowicy dokomorowem. Ale i z rozważań patogenetycznych wynikałoby także, że ten sposób stosowania surowicy jest jedynie racyonalny. Osobno będę się starał udowodnić, że komory stanowią główną siedzibę zakażenia, że sprawa stąd wychodzi i stąd także w dalszym ciągu bywa podtrzymywana, i że jej istotę stanowi nieżytowe, zatem nabłonkowe zakażenie komór, w pierwszym rzędzie zakażenie splotów naczyniówkowych.

Tę główną kwaterę zakażenia należy więc przedewszystkiem atakować surowicą, a to tembardziej, że surowica z komór, choćby po ponownem rozcieńczeniu, idąc z prądem płynu mózgowordzeniowego, osiągnąć musi także wszystkie inne wtórorzędne siedziby choroby. Wobec tego inne stosowanie surowicy, zatem tak wstrzykiwania nardzeniowe, jak i namózgowe, byłyby zupełnie zbyteczne.

Znaczenie odporności czynnej. Stosowanie surowicy dokomorowe stanowi wobec nardzeniowego niewątpliwy postęp. Nie można jednak twierdzić, żeby temsamem wypowiedziane już było ostatnie słowo w leczeniu swoistem nagminnego zapalenia opon. Na podstawie całego szeregu okoliczności musi się dojść do wniosku, że czynne współdziałanie ustroju jest do osiągnięcia wyleczenia, także przy użyciu surowicy, nieodzowne, że zatem ustrój musi rozporządzać jużto od początku istniejącą ogólną przeciwbakteryjną opornością, albo musi w ciągu zakażenia osiągnąć swoistą czynną odporność. Tę prawdę przywiódł mi przed oczy materyał dwóch lat ostatnich może dlatego w sposób tak dosadny, że używana surowica nie była pełnowartościowa, a może także oporność szerokich warstw ludności skutkiem niekorzystnych warunków zewnętrznych, związanych z wojną, była niższa, niż zwykle.

Dla poparcia powyższego twierdzenia można przytoczyć:

1) Tak często spostrzegane zawodzenie surowicy u niemowląt. Chodzi tu właśnie o materyał, u którego przeważnie ogólna oporność względem zakażeń nizko musi być oceniana i u którego także osiągnięcie wydatniejszego czynnego uodpornienia w pewnych warunkach jest bardzo trudne, lub nawet niemożliwe.

2) Gorsze na ogół działanie surowicy w przypadkach wczesnych (wbrew zdaniom w literaturze, n. p. przyp. 15*). Widzi się też przypadki, w których surowica za pierwszem wstrzyknięciem lub seryą wstrzyknięć osiąga tylko skutek połowiczny, w których jednak za drugiem wstrzyknięciem,

gdy się je podejmie w pewien czas po pierwszem, przy użyciu tej samej w przybliżeniu dawki (przyp. XII), a nawet przy użyciu znacznie mniejszej dawki (przyp. 48*) następuje zupełne wyleczenie. Widocznie wytworzyło się tymczasem po pierwszej dawce surowicy pewne czynne uodpornienie.

3) Uderzająco dobre wyniki przy leczeniu przypadków późniejszych, zaniedbanych (V. IX, 24*, 49*), które jednak widocznie rozporządzają znaczną swoistą odpornością.

4) Ustępowanie meningokoków dopiero w kilka dni po zastosowaniu surowicy (przyp. 61*), co już nie może następować pod bezpośrednim wpływem surowicy, gdyż ta znika z przestrzeni podpajęczynówkowej wcześniej. Zjawisko należy zatem odnieść do czynnego uodpornienia, które tymczasem nastąpiło.

5) Przypadki samoistnego wyleczenia choroby (XIV, 45).

W jaki sposób rozwija się to czynne uodpornienie? Otóż meningokoki ulegają w mniej lub więcej znacznej części podczas sprawy chorobowej rozpadowi, bakteryolizie i działają wtedy jako szczepionka. Chodzić tu może już to o ogólne uodpornienie, już też o miejscowe uodpornienie nabłonka splotów naczyniówkowych. To czynne uodpornienie może być w przypadkach najkorzystniejszych tak wydatne, że doprowadza do samoistnego wyleczenia.

Przy zastosowaniu surowicy przychodzi do masowego rozpuszczania meningokoków. Surowica działa zatem nietylko miejscowo biernie uodporniająco, ale także na drodze pośredniej przez bakteryolizę czynnie uodporniająco, i to tak ogólnie, jak i miejscowo przez doprowadzenie do rozpadu meningokoków w nabłonkach. Ilości szczepionki, które w ten sposób bywają wytworzone, wahają się w szerokich granicach od 01—1000 milionów koków (przyp. V), a niekiedy podnoszą się nawet do 10.000 milionów (52*).

Także ilość dziesięciu miliardów zniósł chory nadspodziewanie dobrze. Jednak nawet ta bardzo wysoka dawka przy jednorazowem zadziałaniu nie sprowadziła zupełnego uodpornienia w tym, co prawda wyjątkowo ciężkim przypadku. Jeżeli więc w innych przypadkach wnosić możemy o wydatnem uodpornieniu czynnem, wiodącem do wyleczenia, przy nieporównanie niższych dawkach szczepionki, wyzwolonych czyto przez samodzielne rozkładanie koków, czy też przez bakteryolizę, sprowadzoną przez surowicę, to chodzi tu prawdopodobnie nietyle o ogólne uodpornienie, jak raczej o miejscowe uodpornienie nabłonka splotów.

W każdym razie uznanie uodpornienia czynnego za czynnik miarodajny w leczeniu nagminnego zapalenia opon prowadzić musi do ważnych praktycznych konsekwencyi. Przyszłości leczenia swoistego należałoby mojem zdaniem upatrywać w odpowiedniem połączeniu uodpornienia biernego surowicą z uodpornieniem czynnem szczepionką. Dla obu tych sposobów należy jednak dopiero stworzyć ścisłe wskazania.

Dotąd nawet dla stosowania surowicy takich wskazań nie było, gdyż warunki działania surowicy nie były dostatecznie znane, lub nie były dostatecznie uwzględnione. I tak nie wiedziano, że właściwa siedziba sprawy leży w komorach. Nie brano wcale w rachubę pogarszania się warunków działania surowicy wraz z obniżeniem ropienia i ułatwieniem odpływu. Zbyt mało liczono się z miejscowymi i ogólnymi odczynami, wywołanymi przez surowicę, gdy chory skutkiem poprzednich wstrzykiwań jest już względem niej uczulony; a przecież udział tych odczynów w ostatecznem niekorzystnem zejściu takich przypadków, jak 15* i 52*, może być bardzo poważny. Nie uwzględniano wreszcie, że surowica bakteryobójcza sama przez się, zawierając tylko swoisty oddziaływacz, skuteczna być nie może, że do działania potrzebuje dopełniacza (wspomniane już doświadczenie Bujaka), i że płyn mózgowordzeniowy prawidłowy zupełnie dopełniacza nie zawiera, a także przy zapaleniach może go zawierać w niedostatecznej tylko ilości, wobec czego byłoby może wskazanem, doprowadzić przy wstrzyknięciu wraz z surowicą swoistą także dopełniacz.

Co do szczepionki, to wprawdzie każde wstrzyknięcie surowicy przy trwającem jeszcze zakażeniu połączone jest z wytworzeniem szczepionki, sprawa przedstawia się jednak ilościowo bardzo niejednolicie, zależnie od przypadku. W przyszłości należy sprawę ująć w ręce i postępować ze świadomością celu. Do tego potrzebne będzie jednak systematyczne zbadanie całej sprawy czynnego uodporniena przy zapaleniu opon nagminnem. Dopiero wtedy będzie można powiedzieć, wśród jakich okoliczności szczepionka jest wskazana, jakie mają być dawki i odstępy wstrzykiwań. Na razie to jedno zdaje się nie ulegać wątpliwości, że dotąd stosowane dawki szczepionki, obracające się w zakresie kilku milionów meningokoków, są niewystarczające. Ilości wydatnie uodporniające muszą bowiem być zbliżone do najwyższych ilości, które wogóle są dobrze znoszone, a widzieliśmy, że nawet ilość 1 miliarda u oseska i 10 miliardów u dorosłego może być zniesiona bez poważniejszych zaburzeń.

W przypadkach 24*, 49*, 61* i 62* widzimy pierwsze próby stosowania energiczniejszego szczepionki. Przypadek 61 dowodzi, że nawet dawki miliardowe, przynajmniej u ozdrowieńców, wywołują tylko nieznaczne ogólne i miejscowe odczyny. Z przypadku 62* możnaby wnosić, że przypadki z ciężkiem zakażeniem komór i zapalnem wodogłowiem do leczenia szczepionką — przynajmniej do wyłącznego leczenia szczepionką bez równoczesnego stosowania surowicy — się nie nadają.

Ze szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

III.

Ostra niedomoga czynnościowa nerek — ostre zapalenie nerek bez białka w moczu?

(Adynamia functionalis renum acuta — nephritis acuta analbuminurica?).

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr ph. A. Gottesmanna z Budapesztu).

Podstawą rozpoznania ostrego zapalenia nerek jest, jak wiadomo, stwierdzenie białka w moczu, bez względu na ilość jego, przy obecności innych składników nieprawidłowych w osadzie moczowym; obraz kliniczny stanu chorego jest dla nas niejako tylko uzupełnieniem stanu moczu, na którym przedewszystkiem opiera się rozpoznanie zapalenia nerek. Bez obecności białka w moczu klinicysta nie łatwo zdecyduje się na rozpoznanie zapalenia nerek wogóle, a w szczególności zwłaszcza na rozpoznanie o s t r e g o stanu zapalnego. Nie wolno nam jednak zapomnieć o tem, że ścisłe badania anatomopatologiczne nerek osób, zmarłych na rozmaite schorzenia drobnoustrojowe, wykazały przecież w niektórych obraz ostrego zapalenia nerek, mimo że badanie, i to najdokładniejsze, moczu za życia dotyczącego osobnika nie wykazywało ani białka ani nieprawidłowego osadu. Przypomnieć tu należy prace przedewszystkiem Duckwortha, Goodhardta, Cassela i Herringhama, które są dowodem obecności ostrego zapalenia nerek bez białkomoczu (nephritis analbuminurica). W pewnej grupie tych przypadków stan kliniczny nie zdradzał zupełnie istnienia poważniejszej zmiany w nerkach, którą dopiero odkryło badanie drobnowidowe po śmierci. W drugiej grupie zaś, zwła-

szcza u dzieci po chorobach zakaźnych, badanie kliniczne wykazywało obrzęki, usadowione charakterystycznie dla schorzeń nerkowych, a badanie moczu nie wykazywało ani śladu białka przy użyciu próby tak z kwasem azotowym, jak i z kwasem octowym i żelazosinkiem potasowym, ani typowego osadu moczowego. Przedewszystkiem Cassel opisuje 9 przypadków u dzieci, z tych dwa sekcyjne, które bezwzględnie wykazują istnienie ostrego zapalenia nerek, i to ciężkiego, mimo braku obecności białka i charakterystycznego osadu w moczu. W przypadku pierwszym sekcyjnym badanie pośmiertne wykazało ciężką postać ostrego zapalenia nerek. Autor ten przytacza podobne przypadki, również sekcyjne (nephritis analbuminurica postscarlatinosa), podane przez Feniniego, Littena i jeden sekcyjny Wiedemanna po ostrym nieżycie jelit u dziecka 10-miesięcznego. A. Gluziński znowu opisuje przypadki na dowód, że w okresie początkowym ostrego zapalenia nerek, przed zwykłemi cechami klinicznemi, może istnieć zbiór objawów, jak uczucie schorzenia, wymioty, ślad obrzęków, zmniejszenie się i zmętnienie moczu z wałeczkami szklistymi, ziarnistymi i ciałkami czerwonemi krwi, przy wstrzymaniu wydzielania chlorków w moczu, ale **bez białka w moczu**; ten okres wstępny nazywa Gluziński »stadium achloricum sine albumine«, do którego później dołącza się typowy stan nieprawidłowy moczu, więc w pierwszym rzędzie białko i t. d. Przypomnieć należy również, że w okresie wygajania się ostrego zapalenia nerek znajdziemy czas, w którym białko z moczu znika i nie da się wykazać zwykłymi sposobami badania; występuje ono wówczas dopiero po chodzeniu lub po ułożeniu chorego przez jakiś czas w ułożeniu klęczącem. W innych przypadkach znowu w okresie wygajania się ostrego zapalenia nerek nie wykażemy białka żadnymi sposobami, nawet po chodzeniu i t. d., ale nerki przecież nie są jeszcze prawidłowe, bo za lada przyczyną wystąpi i białko i wałeczki i ciałka czerwone w osadzie moczu, na dowód istnienia przecież jeszcze ukrytej sprawy chorobowej w nerce. Zastrzegam się jednak, że w tych razach nie możemy mówić o ostrem zapaleniu nerek bezbiałkomoczowem (nephritis analbuminurica), lecz podobnie, jak w przypadkach Gluzińskiego, tylko o przejściowym bezbiałkowym okresie (stadium analbuminuricum) zwykłego ostrego zapalenia nerek. Dodam, że w tym okresie (wygajania się), badanie moczu wykazuje nieraz obecność ciała, strącalnego na zimno kwasem octowym lub też obecność kwasu chondroitynosiarkowego, na dowód nieprawidłowej czynności nerek (H. Pollitzer).

Nie chcąc zbytnio rozwodzić się nad szczegółami dalszymi w literaturze, możemy twierdzić stanowczo, że prócz przejściowego okresu bezbiałkowego, są znane przypadki, rzadkie wprawdzie, które możemy podporządkować pod nazwę właściwego ostrego zapalenia nerek bezbiałkomoczowego (nephritis acuta analbuminurica idiopathica), jako samoistnie istniejącego obrazu chorobowego. Czy przypadki te mają dla nas większe lub mniejsze znaczenie kliniczne, tego na podstawie dzisiejszego doświadczenia klinicznego nie możemy rozstrzygać. Zastrzegam się również, że w obecnej pracy nie dotykam zupełnie przypadków **przewlekłego** zapalenia nerek, które nie należą do naszego tematu.

Stosunki wojenne, które na oddziałach wewnętrznych nagromadziły niewidzianą dotychczas liczbę ostrych zapaleń nerek, muszą posłużyć nam do wyjaśnienia rozmaitych niejasnych pytań, dotyczących ostrego zapalenia nerek i powinny rozszerzyć pojęcie ostrego zapalenia nerek bezbiałkowego, o ile ono istnieje w rzeczywistości. Na tę sprawę chorobową zacząłem zwracać uwagę już w poprzednim roku (1916) przy dużym materyale ostrych zapaleń nerek; szczegółowe zaś badania w tym kierunku rozpocząłem w jesieni 1916 r. kiedy na mój oddział znowu zaczęły przybywać liczne przypadki schorzeń nerkowych, i to przypadki wczesne, wprost z okopów, w pierwszych dniach rozchorowania się żołnierza. Liczba ogólna spostrzeganych przezemnie ostrych zapaleń nerek wzrosła tak, że obecnie przekracza znacznie już liczbę 300 przypadków, licząc od jesieni 1915 r. W tym materyale potrafiłem znaleźć dotychczas pewnych 17 przypadków, które musimy zaliczyć do postaci niezwykłych, charakteryzujących się brakiem białka w moczu, przy istnieniu innych objawów klinicznych, wskazujących przecież na obecność zaburzenia czynności nerek na tle (prawdopodobnie) ostrego stanu zapalnego.

Przypadki powyższe klinicznie, choć nie wszystkie zbyt wybitnie, przedstawiały ogólny obraz typowy dla ostrego zapalenia nerek, bo stwierdzaliśmy w nich obrzęki mniej lub więcej ogólne, z rozmieszczeniem wbrew prawom hydrostatycznym, więc przedewszystkiem na twarzy i t. d., dalej objawy ostrego nieżytu oskrzelowego, zwolnienie tętna i inne cechy, stale spotykane przy zwykłem ostrem zapaleniu nerek. Do rozpoznania ostrego zapalenia nerek brakło nam tylko zmian patologicznych w moczu. Zdziwieni byliśmy zawsze, nie znalazłszy w tych przypadkach ani białka, ani wałeczków, ani ciałek białych lub czerwonych krwi w moczu, gdy obraz kliniczny nie pozwalał nam na inne rozpoznanie, jak ostre zapalenie nerek. Do wyjaśnienia sprawy, a mianowicie do stwierdzenia zmian w nerkach, jako przyczyny schorzenia, mogły posłużyć tylko dwie drogi, i to badanie pośmiertne nerek lub też badanie czynnościowe za życia, które musimy uważać jako najczulszy kliniczny sposób postępowania przy wykazywaniu nieprawidłowości, toczących się w nerce, czulszy, niż zwyczajne badanie chemiczne lub też drobnowidowe moczu. Wobec braku przypadków sekcyjnych, bo nie mieliśmy ani jednego zejścia śmiertelnego w tych przypadkach, musieliśmy oprzeć się na wyniku, uzyskanym drogą badania czynnościowego, które omówimy szczegółowo.

Przy badaniu czynnościowem, którego celem jest badanie sprawności wydzielniczej nerek, **doszliśmy do wyników, wykazujących nieprawidłowe stosunki wydzielnicze nerek mimo braku nieprawidłowych składników w moczu, charakterystycznych dla zwykłego ostrego zapalenia nerek.**

Celem uzyskania wyników pewnych badaliśmy zachowanie się wydzielania nerek przy wprowadzeniu do ustroju tak ciał obcych, jak i prawidłowo wydzielanych, bo nieraz dopiero przy wszechstronnem zastosowaniu wszystkich prób czynnościowych możemy dojść do źródła zmiany chorobowej, i to właśnie w przypadkach niezwykłych, do których i nasze musimy zaliczyć.

Z tych względów u każdego chorego badaliśmy: a) zdolność wydzielania wewnętrznie podanego barwika, i to po podaniu uraninu (natrium fluoresceinicum), polecanego przez Straussa; b) zdolność wydzielania podanego wewnętrznie jodu, w postaci jodku sodowego; c) zdolność wydzielania śródżylnie wstrzykniętego roztworu cukru mlecznego w myśl postępowania Schlayera; następnie d) zdolność wydzielania chloru po poprzedniem jednorazowem podaniu większej ilości soli kuchennej; i e) zdolność wydzielania azotu (mocznika) po jednorazowem wewnętrznem podaniu większej dawki mocznika.

Dla objaśnienia badania chcę w paru słowach przypomnieć sposób i wyniki tego postępowania, uzyskane u osobników zdrowych i dotkniętych schorzeniem nerek.

ad a) Próba barwikowa: Chorzy nasi dostawali wewnętrznie zwykle koło godziny czwartej popołudniu 1 gram uraninu w opłatku, popijając podany proszek filiżanką herbaty; nie mogłem zdecydować się na podanie uraninu, rozpuszczonego w herbacie, kawie lub też kakao, jak poleca Strauss, wobec wprost wstrętnego wyglądu tej mieszaniny. Mocz badaliśmy po raz pierwszy w 10 minut po użyciu proszku, ewentualnie w dalszym ciągu co 10 minut, aż do wystąpienia fluorescencyi w moczu; następnie, od trzeciego dnia rano rozpoczynając, chory zbierał mocz co dwie godziny, aż do ustąpienia fluorescencyi z moczu. O ile fluorescencya nie występowała odrazu wyraźnie, wtedy do moczu dodawaliśmy kroplami amoniaku, wobec tego, że fluore

scencya występuje wyraźniej przy alkalicznem oddziaływaniu moczu. Dodam, że u naszych chorych nie spotykaliśmy nigdy przypadłości poważniejszych po podaniu uraninu, któreby nam nie pozwalały na dalsze stosowanie tego barwika. Zaznaczyć należy, że u osobników zdrowych, bez zmian w nerkach, fluorescencya występuje w moczu zwykle już w 10 minut po podaniu uraninu, a trwa podług Straussa przez 40 godzin; przedłużenie okresu wydzielania do czasu między 40 a 50 godz. należy uważać już za podejrzane, a wydzielanie powyżej 50 godz. jest już wybitnie nieprawidłowe. Patologiczne przedłużenie wydzielania tego barwika zdarza się częściej w przypadkach zapalenia nerek z zajęciem przedewszystkiem naczyń i w postaciach mieszanych, rzadziej zaś przy sprawach, dotyczących cewek nerkowych.

ad b) Próba jodowa: W godzinach przedpołudniowych chorym podawano wewnętrznie w opłatku 0·5 gr. jodku sodowego (natr. jodat.), badając mocz co do jodu przy użyciu próby Sandowa[1]). Badanie rozpoczynaliśmy w 30 godzin po podaniu proszku, następnie zaś w odstępach dwugodzinnych aż do zniknięcia jodu z moczu. Według dotychczasowych badań osobnik zdrowy wydzieli podane 0.5 gr. jodku sodowego w przeciągu mniej więcej 50 godzin; za podejrzane musimy uważać przedłużenie wydzielania aż do 55 godzin, a powyżej 55 godzin jako wybitnie nieprawidłowe. Stosunki nieprawidłowe pod względem wydzielania jodu w moczu spotykamy przedewszystkiem przy sprawach chorobowych, przy których schorzeniem są dotknięte nabłonki cewek nerkowych.

ad c) Próba z cukrem mlecznym: Według Schlayera wstrzykiwaliśmy chorym śródżylnie 20 cm³. dokładnie wyjałowionego rozczynu cukru mlecznego, a zbierając mocz następnie w odstępach godzinnych, badaliśmy go co do cukru odczynnikiem Nylandra aż do ustania dodatniego oddziaływania. Według badań przedewszystkiem Schlayera u osobników zdrowych, ze zdrowemi nerkami, cukier wydziela się z moczem przez 4 do 5 godzin; przedłużenie wydzielania do 6 lub też i więcej godzin spostrzegał Schlayer w przypadkach stanów zapalnych nerek, dotyczących naczyń tętniczych nerki. W myśl tych spostrzeżeń uważa Schlayer próbę z cukrem mlecznym za najpewniejszy wskaźnik dla stanu naczyń nerkowych, jako jeden z typowych objawów, wskazujących ewentualnie na stan zapalny »naczyniowy« nerek.

ad) d i e) Za najpewniejsze sposoby badania czynnościowego nerek musimy uważać badanie w kierunku wydzielania składników prawidłowo z moczem wydzielanych, i to po podaniu ich wewnętrznem w większej a znanej ilości, celem stwierdzenia, o ile i w jakim czasie dane nerki są zdolne do wydzielenia nadmiaru przyjętego ciała. Przez porównanie czasu i ilości wydzielonej z liczbami, uzyskanemi u osób ze zdrowemi nerkami, możemy dojść do pojęcia sprawności nerek u dotyczącego osobnika. W myśl dotychczasowych doświadczeń wchodzi tu w grę zdolność wydzielania jednorazowo wewnętrznie podanej soli kuchennej w ilości 10 gramów i zdolność wydzielania mocznika, podanego wewętrznie w dawce jednorazowej 20 gr. W myśl doświadczenia musimy w okresie badania wprowadzić chorych w stan równowagi wydzielniczej dla obu tych ciał, co uzyskujemy przez zastosowanie u nich przez jakiś czas już przed doświadczeniem dyety stałej, o znanej o ile możności zawartości chloru i azotu. Po uzyskaniu tą drogą równowagi wydzielniczej podawaliśmy chorym w danym dniu po pierwszem śniadaniu jednorazowo 10 gr. chemicznie czystego chlorku sodowego (soli kuchennej), a następnego lub też późniejszego dnia również po pierwszem śniadaniu jednorazowo 20 gr. mocznika, który chory popijał małą ilością zwyczajnej wody. Obliczając w okresie doświadczenia ilości chloru i mocznika (% jak i ilość całodzienną), wydzielonego w każdym dniu, tak przed, w czasie, jak i po podaniu tych ciał, mogliśmy obliczyć dokładnie, czy i w jakim czasie dany osobnik wydzielił przez nerki nadmiar jednorazowo podanej soli kuchennej lub też mocznika. Przy badaniu moczu codziennem uwzględnialiśmy również i ilość dobową jego, jak i ciężar gatunkowy, bo i te wartości mogą mieć ważne znaczenie dla oceny sprawności nerek.

[1]) Próba Sandowa: Do 25 cm³ moczu dodajemy około 2 cm³ 10% H_2SO_4 następnie około 1 cm³ 0,2% azotynu sodowego (natrium nitrosum) i wytrząsamy mieszaninę chloroformem; przy obecności jodu w moczu chloroform zabarwia się czerwono lub też różowo; chlor w moczu oznaczaliśmy sposobem Mohra; przy użyciu rozczynu $AgNO_3$, którego 1 cm³ odpowiadał 0,01 gr. NaCl; mocznik oznaczaliśmy ureametrem, podanym przez Gadego. Tylko w niektórych przypadkach oznaczyliśmy w moczu N sposobem Kjeldala, i to z przyczyn zewnętrznych, odemnie niezależnych.

Zaznaczyć należy, że dotychczasowe badania licznych autorów wykazały, że wewnętrznie podane jednorazowo 10 gramów soli kuchennej zdrowe nerki wydzielą w całości w przeciągu dwu (trzech) dni, przy równoczesnem zwiększeniu liczby procentowej dla soli w moczu, a po części i przy nieznacznem zwiększeniu dobowej ilości moczu. Mocznik znowu, podany w ilości 20 gr. wewnętrznie, wydziela się zupełnie w przeciągu trzech dni, i to również przy zwiększaniu liczby procentowej, jak i nieznacznym przyroście ilości dobowej moczu. U osób natomiast z nerką schorzałą podany nadmiar soli kuchennej nie ulegnie wogóle wydzielaniu drogą moczu, tak, że część jej zostanie zatrzymana w ustroju, ewentualnie wydzielenie nadmiaru soli kuchennej trwa dłużej parę dni, odbywa się powoli, tak, że do zupełnego wydzielenia jej z ustroju potrzeba więcej dni niż prawidłowo. Podobnie i nadmiar podanego mocznika przy schorzałych nerkach może wydzielić się nie zupełnie drogą moczu; część jego lub całość zostaje zatrzymana w ciele; ewentualnie stwierdzamy tylko przedłużenie wydzielania przez większą liczbę dni, niż prawidłowo. Dotychczasowe doświadczenia wykazują, że upośledzenie wydzielania soli kuchennej stwierdza się przedewszystkiem przy schorzeniu cewek nerkowych, a upośledzenie wydzielania mocznika przy schorzeniu naczyń włosowatych, w pierwszym rzędzie kłębków nerkowych.

Nad sposobami badania czynnościowego musieliśmy zatrzymać się dłużej, ażeby zaznaczyć jeszcze raz, że sposoby te są dla nas klinicystów dzielnym czynnikiem dla oceny sprawności nerek wogóle, jak i dla wyjaśnienia siedziby schorzenia w nerce. Wprawdzie może niezawsze na podstawie tych badań będziemy mogli ściśle sądzić, czy dotknięte są schorzeniem przedewszystkiem kłębki, czy też cewki nerkowe, lecz sposoby te wykażą przynamniej, czy badane nerki są wydzielniczo sprawne, lub też czy mamy podstawę do rozpoznania zaburzenia ich sprawności, które obejmiemy nazwą niedomogi czynnościowej nerek (adynamia functionalis renum); pamiętać jednak należy o tem, że badania te jeszcze nie dowodzą, czy przyczyną stwierdzonej niedomogi jest stan zapalny, czy też inna sprawa patologiczna, rozwijająca się w danej nerce.

Przechodząc do omówienia naszych przypadków, muszę choć w krótkości przedstawić każdy z nich, zwracając uwagę na najważniejsze szczegóły kliniczne, jak i na wyniki badania czynnościowego, przeprowadzonego w każdym przypadku. Na końcu pracy podaję dwie tablice, w których razem są zestawione wyniki, uzyskane przy badaniu czynnościowem nerek wszystkich przypadków, co ułatwi zoryentowanie się w szczegółach.

Przypadki nasze, ze względu na wyniki badania czynnościowego, dadzą się ułożyć w dwie grupy, które omówimy osobno. Grupa pierwsza (Tabl. I.) obejmuje przypadki, w których stwierdziliśmy przedewszystkiem zaburzenia w wydzielaniu mocznika, rzadziej soli kuchennej, a towarzyszą im, z wyjątkiem jednego, zaburzenia w wydzielaniu ciał obcych, więc cukru mlecznego, uraninu i jodu; do tej grupy należy przypadków dziewięć. Grupa druga (Tabl. II.) obejmuje siedem przypadków, i to te, w których stwierdziliśmy tylko zaburzenia w wydzielaniu ciał obcych, przedewszystkiem jodu i cukru mlecznego, rzadziej uraninu, a nie było zaburzeń w wydzielaniu soli kuchennej i mocznika. Przypadki grupy drugiej, jak widzieliśmy, stanowią jednak mniejszość.

I. Grupa.

1) T. L., lat 43 — chory od dwu tygodni; z początku wystąpiły bóle w kończynach dolnych, następnie kaszel męczący, ogólne osłabienie i obrzęk najpierw twarzy, następnie całego ciała. Stan obecny: Obrzęk twarzy, tułowia i kończyn dolnych miernego stopnia; w płucach objawy dość silnego nieżytu oskrzelowego; serce bez zmian; T = 60. na min.; tętnica sprychowa o ścianach lekko zgrubiałych; wątroba bez zmian patologicznych. W czasie pobytu na oddziale do 3 dni obrzęk ustąpił, stan przedmiotowy później bez wybitniejszych zmian. Badanie moczu (tabl. I. Nr. 1): ilość dzienna (średnio) = 1460 cm; C. 1046; badanie najdokładniejsze nie wykazuje ani białka, ani osadu nie-

prawidłowego. Badanie czynnościowe: do stałej dyety jednorazowo dodane 10 gr. NaCl chory wydzielił zupełnie; dodane 20 gr. mocznika w trzech dniach chory nie wydzielił zupełnie; w czasie po podaniu mocznika wystąpiło nawet zmniejszenie ilości dziennej moczu i mocznika; wydzielanie uraninu lekko opóźnione; wydzielanie jodu znacznie opóźnione.

2) H. J., lat 28 — chory od tygodnia wśród objawów świerzbu; po jednorazowem użyciu maści siarkowej wystąpił z dnia na dzień zwiększający się obrzęk całego ciała, z ogólnem osłabieniem i zmniejszeniem dziennej ilości moczu; na oddział przysłany z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Stan obecny: Obrzęk ogólny; twarz nalana, silnie obrzękła; w płucach objawy nieżytu oskrzelowego, z wilgotnemi rzężeniami; serce bez zmian; T. = 60 na min., dość silnie napięte; wątroba bez zmian; stan podgorączkowy. W czasie pobytu na oddziale do tygodnia stan zmienił się o tyle, że obrzęki i nieżyt ustąpił zupełnie, stan podgorączkowy również. Badanie moczu (tabl. I. Nr. 2): ilość dzienna (średnio) = 1400 cm.; c. g. 1030; badanie moczu nie wykazuje nigdy białka ani osadu nieprawidłowego. Badanie czynnościowe: do stałej dyety dodane jednorazowo 10 gr. NaCl wydzielił chory w trzech dniach prawie zupełnie; dodane 20 gr. mocznika nie wydzielił chory zupełnie; ilość dzienna moczu i wydzielonego mocznika zmniejszyła się w tym okresie; wydzielanie cukru mlecznego opóźnione; wydzielanie jodu lekko opóźnione.

3) B. K., lat 22, — przed pięciu dniami rozchorował się wśród bólu w krzyżach i nogach, a prawie równocześnie wystąpił mierny obrzęk twarzy i całego ciała wogóle; przed $1^1/_2$ r. miał chorować na ostre zapalenie nerek. Stan obecny: Lekki obrzęk twarzy i kończyn dolnych; przez pierwsze 5 dni ciepłota ciała dochodzi do 38° C., następnie prawidłowa. Badanie moczu (tabl. I. Nr. 3): ilość dzienna (średnia) = 1862 cm., c. g. 1022; białka i osadu w moczu brak. Badanie czynnościowe: do stałej dyety dodane jednorazowo 10 gr. NaCl chory wydzielił w trzech dniach zupełnie; w tym okresie równocześnie wystąpiło zwiększenie dziennej ilości moczu, z nadmiernem wydzieleniem poprzednio zatrzymanej soli kuchennej; dodane 20 gr. mocznika zostało wydzielone tylko częściowo, przy zwiększeniu dziennej ilości moczu; wydzielanie cukru mlecznego było tylko ledwie zaznaczone; wydzielanie uraninu lekko opóźnione.

4) T. J., lat 41, — od czterech dni zauważył postępujący obrzęk powiek, twarzy i kończyn dolnych; przysłany z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Stan obecny: Dobrze odżywiony; powieki, twarz, tułów i kończyny dolne mierne obrzękłe; stan bezgorączkowy; płuca i serce bez zmian. T. = 72 na min. W czasie pobytu na oddziale obrzęki ustąpiły do paru dni; stan podmiotowy dobry. Badanie moczu (tabl. I. Nr. 4): ilość dzienna (średnio) = 1587 cm., c. g. 1024; białka i osadu brak. Badanie czynnościowe: do stałej dyety dodane 10 gr. NaCl chory wydzielił szybko zupełnie, przy lekkiem zwiększeniu dziennej ilości moczu; dodane 20 gr. mocznika chory wydzielił tylko częściowo, mimo przyrostu dziennej ilości moczu; wydzielanie cukru mlecznego ledwo tylko zaznaczone; wydzielanie uraninu i jodu lekko opóźnione.

5) R. J., lat 20, przed 8 dniami wystąpił u chorego kaszel i duszność, a wnet dołączyły się do tego obrzęki twarzy, następnie kończyn dolnych i ogólne osłabienie. Stan obecny: Chory dość dobrze zbudowany; stan bezgorączkowy; lekki okrzęk twarzy i w okolicy krzyżów, silniejszy na kończynach dolnych; w płucach objawy nieżytu oskrzelowego; serce bez zmian; T = 60 na nim. Badanie moczu (tabl. I. Nr. 5): ilość dzienna (średnio) = 1666 cm; c. g. 1021; białka i osadu brak. Badanie czynnościowe: do stałej dyety dodane 10 gr. NaCl chory wydzielił szybko zupełnie, przy równoczesnem zwiększeniu dziennej ilości moczu; dodane 20 gr. mocznika chory nie wydzielił zupełnie, mimo miernego przyrostu dziennej ilości moczu w tym okresie; wydzielanie cukru mlecznego i uraninu nieco opóźnione; wydzielanie jodu wyraźnie opóźnione.

6) S. K., lat 30, przed trzema tygodniami spostrzegł obrzęk twarzy, a następnie i nóg; tuż przed przyjściem do szpitala obrzęki wzrosły znacznie i zajęły całe ciało; ogólne osłabienie, zawroty głowy dokuczają choremu znacznie. Stan obecny: Silny blady obrzęk całej twarzy, mniejszy na tułowiu, zaznaczony na kończynach dolnych; w płucach objawy nieznacznego nieżytu oskrzelowego; serce bez zmian; T. = 60 na min.; wątroba nie powiększona. Badanie moczu (tabl. I. Nr. 6): ilość dzienna (średnio) 1300 cm.; c. g. 1026; białka i osadu brak. Badanie czynnościowe: do stałej dyety dodane 10 gr. NaCl chory wydzielił szybko zupełnie; dodane 20 gr. mocznika wydzielił chory częściowo, nie zupełnie, przy lekkiem zwiększeniu dziennej ilości moczu; wydzielanie cukru mlecznego znacznie opóźnione; wydzielanie uraninu i jodu nieco opóźnione.

Nieco odmiennie przedstawiają się dwa następne przypadki, bo w nich przy badaniu czynnościowem stwierdzamy prócz zaburzeń w wydzielaniu mocznika także nieprawidłowe wydzielanie soli kuchennej.

7) G. W., lat 36, — od trzech tygodni zauważył szybko postępujący obrzęk całego ciała, w pierwszym rzędzie twarzy, dalej kaszel i duszność. Stan obecny: Chory dobrze zbudowany, blady; na całem ciele (i twarzy) silny obrzęk; w płucach objawy wybitnego nieżytu oskrzelowego; serce bez zmian; T. = 56 na min.; wątroba lekko powiększona, nie bolesna. Badanie moczu (tabl. I. Nr. 7.): ilość dzienna (średnio) = 3250 cm.; c. g. 1020; białka i nieprawidłowego osadu brak. Badanie czynnościowe: do stałej dyety dodane 10 gr. soli kuchennej chory nie wydzielił zupełnie, a nawet w dniach po dodaniu soli kuchennej przyszło do zmniejszenia ilości dziennej wydzielanej soli w stosunku do dni poprzednich; dodane 20 gr. mocznika chory nie wydzielił zupełnie, mimo zwiększonej dziennej ilości moczu; wydzielanie ciał obcych zupełnie prawidłowe.

8) P. W., lat 22, — przed 8 dniami wystąpił kaszel, ból głowy, ogólne osłabienie i postępujący obrzęk twarzy, potem tułowia i kończyn dolnych; przysłany z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Stan obecny: Bardzo silny blady obrzęk twarzy, tułowia i kończyn dolnych; objawy nieznacznego nieżytu oskrzelowego; serce bez zmian, tony czyste; T. = 60 na min. Badanie moczu (tabl. I. Nr. 8): ilość dzienna (średnio) = 2300 cm^3; c. g. 1027; białka i osadu nieprawidłowego brak. Badanie czynnościowe: do stałej dyety dodane 10 gr. soli kuchennej chory nie wydzielił zupełnie, a nawet przyszło wówczas do zmniejszenia dziennej ilości chlorków; dodane 20 gramów mocznika nie wydzielił zupełnie; wydzielanie cukru mlecznego i uraninu wybitnie opóźnione; wydzielanie jodu znacznie opóźnione.

Ostatni przypadek z grupy pierwszej w stosunku do poprzednich różni się znowu znacznie, i to tem, że wydzielanie mocznika jest prawidłowe, a zaburzenie czynnościowe dotyczy przedewszystkiem soli kuchennej.

9) W. J., lat 32, — zachorował przed 9 dniami wśród kaszlu, duszności i postępującego obrzęku, przyczem twarz była również obrzękła; miał przed dwoma laty chorować na zapalenie nerek. Stan obecny: Budowa silna; ciepłota ciała 37·5° C.; twarz blada, miernie obrzękła; mierny obrzęk na tułowiu, dość silny na kończynach dolnych; objawy nieżytu oskrzelowego, serce bez zmian; nad koniuszkiem serca I. ton nieczysty, II. ton nad tętnicą główną wzmocniony; T. = 60 na min.; wątroba nieco powiększona, niebolesna. Wśród pobytu na oddziale obrzęki ustąpiły do tygodnia, a ciepłota była po trzech dniach prawidłowa. Badanie moczu (tabl. I. Nr. 9.): ilość dzienna (średnio) = 2400 cm.; c. g. 1016; białka i osadu brak. Badanie czynnościowe: do stałej dyety dodane jednorazowo 10 gr. NaCl chory nie wydzielił zupełnie; w tym okresie nawet zmniejszyła się ilość dzienna moczu i chlorków wydzielanych; dodane 20 gr. mocznika zostało wydzielone zupełnie i szybko; wydzielanie uraninu może lekko opóźnione; wydzielanie jodu znacznie opóźnione.

II. Grupa.

W tej grupie badanie czynnościowe wykazuje zaburzenia w wydzielaniu przez nerkę wewnętrznie podanych ciał obcych, a brak zaburzeń w wydzielaniu soli kuchennej i mocznika.

1) J. K., lat 28. — Przed dwoma tygodniami wystąpiły dreszczyki, bóle w kończynach, ból głowy i postępujący obrzęk całego ciała. Stan obecny: Chory słabo odżywiony, blady; twarz blada, silnie obrzękła, kończyny dolne lekko obrzękłe; w płucach objawy nieżytu oskrzelowego; serce bez zmian; T. = 40—50 uderzeń na min.; wątroba niepowiększona. W szpitalu obrzęk ustąpił w przeciągu dni paru. Badanie moczu (tabl. II. Nr. 1.): ilość dzienna (średnio) = 2000 cm^3; c. g. 1022; białka i osadu stale brak. Badanie czynnościowe; wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika zupełnie prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego najwybitniej opóźnione, mniej wydzielanie uraninu i jodu.

2) R. P., lat 19, — przed 8 dniami zachorował wśród bólu

głowy, łamania w nogach i kaszlu, a do tego przyłączył się wnet postępujący obrzęk twarzy i całego ciała. Stan obecny: Budowa silna; twarz blada; na twarzy, tułowiu i kończynach dolnych silny obrzęk; mierny nieżyt oskrzelowy; serce bez zmian; II. ton nad tętnicą główną lekko wzmocniony; T. = 60 na min.; wątroba nie powiększona. Badanie moczu (tabl. II. Nr. 2.) ilość dzienna (średnio) = 1575 cm³; c. g. 1024; białka i osadu brak stale. Badanie czynnościowe: wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego ledwie zaznaczone (przez 3 godz.); wydzielanie jodu lekko opóźnione.

3) A. E., lat 22, — przed czterema dniami wystąpiły silne bole w kończynach dolnych i w brzuchu, a wnet do tego przyłączył się silny obrzęk twarzy. Przysłany z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Stan obecny: Budowa silna; lekki blady obrzęk twarzy; C. = 36,5° C.; nieżyt oskrzelowy nieznaczny; serce bez zmian; T. = 72 na min.; brzuch bez zmian. Badanie moczu (tabl. II. Nr. 3.); ilość dzienna (średnio) = 1262 cm³; c. g. 1023; białka i osadu brak. Badanie czynnościowe: wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika zupełnie prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego opóźnione; wydzielanie jodu wyraźnie opóźnione.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

O skombinowanem zastosowaniu pośrednich sposobów w badaniu stolców tyfusowych, paratyfusowych i czerwonkowych.

Podał

Prof. Dr Witold Nowicki.

Niedostateczne wyniki bakteryologicznego badania stolców tyfusowych były, jak wiadomo, powodem zastosowania w technice badań stolców sposobów, mających na celu polepszenie tych wyników. Jedne z tych sposobów starają się przez wprowadzenie bezpośrednio do pożywek pewnych substancyi niszczyć, względnie powstrzymywać w rozwoju inne w stolcu znajdujące się drobnoustroje, których współzawodnictwo niekorzystnie wpływa na wzrost prątków durowych. Do najwięcej używanych należy, jak wiadomo, fiolet krystaliczny (Drigalski-Conradi), koffeina (Ficker) i zieleń malachitowa (Löffler). Do sposobów tych należy także zaliczyć w r. 1914 podane przez Bierasta[1]) zastosowanie eteru petrolu w badaniu stolców tyfusowych i paratyfusowych.

Ze względu, że sposób Bierasta jest nowy i jeszcze, o ile z piśmiennictwa wnosić można, przez niewielu dotąd stosowany, oraz ze względu na to, że miałem sposobność wypróbowania go na największym z dotąd ogłoszonych materyale, pochodzącym od chorych, i to przy równoczesnem zastosowaniu innych pośrednich sposobów, przeto poświęcam mu tutaj nieco więcej miejsca.

Eter petrolu, działając niszcząco na laseczniki okrężnicy, ma, według Bierasta, nie uszkadzać prątka tyfusowego i paratyfusowego; wpływ ten ma się ujawniać po 12—16-godzinnem działaniu tego eteru, przyczem najodpowiedniej i najskuteczniej ma działać eter petrolu o stopniu wrzenia 40° C. Co do techniki, to, według Bierasta, należy badany stolec dokładnie rozetrzeć z bulionem w naczyniu o pojemności około 30—50 cm³ aż do stanu półpłynnego, a następnie po dodaniu eteru na szerokość wielkiego palca należy silnie wstrząsać przez 2—3 minut, po 15 zaś minutach wstrząsanie to powtórzyć. Po 12—15 godzinach należy 1—2 kropli treści, wziętej pipetą z dna naczynia, rozsmarować w sposób zwykły na płytkach z agarem Drigalskiego lub Endo.

Hall[3]) zmienił nieco ten sposób postępowania; mianowicie rozciera on grudkę stolca wielkości orzeszka z 7—8 cm³ bulionu i dodawszy 4—5 cm³ eteru petrolu, wstrząsa całą zawartość naczynia przez pół godziny na przyrządzie do wstrząsania, poczem po dwugodzinnem staniu treści szczepi ją w podobny do poprzedniego sposób.

Główną zaletą tej modyfikacyi jest, jak Hall podnosi, skrócenie czasu działania eteru z 15 na 2½ godziny, co oczywiście dla szybkości w podaniu wyniku badania ma znaczenie.

Dodać należy, że, podobnie jak Bierast, tak i Jaffé i Hall przeprowadzili badania nad wpływem eteru petrolu na hodowlach lasecznika okrężnicy, tyfusu i paratyfusu i t. d., względnie ich mieszanek, a wyniki, uzyskane z tych badań, w zasadzie ze sobą się zgodziły, wykazując w pierwszym rzędzie niszczące działanie tego odczynnika na laseczniki okrężnicy.

Schmitz[7]), a następnie Jaffé[4]) w praktycznem badaniu stolców tyfusowych zastosowali eter petrolu według przepisu Bierasta i stwierdzili na niewielkim materyale polepszenie wyników — pierwszy w materyale, obejmującym 10 tyfusowych stolców, o 20%, drugi w badaniu 14 stolców o 44% w porównaniu z wynikiem bezpośredniego szczepienia stolców. Hall przy zastosowaniu swej modyfikacyi stwierdził w materyale, obejmującym 69 stolców tyfusowych, polepszenie wyników o 33·4%. Dodać tu także należy, że Müller[5]) [6]), zastosował sposób Bierasta-Halla w badaniu stolców ludzi zdrowych, a badanych w kierunku roznosicielstwa drobnoustrojów chorobotwórczych. W krótkiej notatce z r. 1916 podaje on, że stwierdził prątka tyfusowego na 1379 badanych stolców 9 razy, t. j. w 0,61%, w r. 1917 na 1116 stolców 8 razy, t. j. 0,7%; prątki paratyfusu zaś w 0,5% i 0,45%.

Z wynikami powyżej przytoczonych autorów, wykazujących stosunkowo znaczne korzyści w zastosowaniu eteru petrolu, nie zgadzają się wyniki badań Wiesnera[9]), przeprowadzonych tak z hodowlami, jak i ze stolcami. Autor ten użył do badań stolców z pewnych przypadków duru brzusznego, jakoteż treści jelit w durze. Do badań użył eteru petrolu ze stopniem wrzenia 40°—50° C., a w postępowaniu trzymał się techniki, podanej przez Bierasta-Halla. Na 102 badanych przypadków otrzymał przy zastosowaniu eteru petrolu tylko 4 razy wynik dodatni, i to w postaci zaledwie kilku kolonii prątka durowego, natomiast w bezpośredniem badaniu na płytkach z pożywką Drigalskiego otrzymał wynik dodatni 20 razy, t. j. 5 razy częściej. Ten tak sprzeczny z wynikami poprzednich autorów wynik jest, zdaniem Wiesnera, najprawdopodobniej następstwem różnicy chemicznej budowy eteru petrolu różnego pochodzenia. Za tem przemawiałby, jego zdaniem, fakt, że na 64 przypadków, w których stosował trzy etery petrolu różnego pochodzenia, otrzymał tylko raz dodatni wynik, natomiast przy zastosowaniu czwartego eteru, także innego pochodzenia, miał trzy dodatnie wyniki. W pierwszych 3 próbach eteru petrolu były wyraźne domieszki benzolu, w czwartej domieszki benzolu nie było. Również badania nad wpływem eteru petrolu na żółć, wziętą ze zwłok, a zawierającą prątki durowe w czystej hodowli, dały niepomyślne wyniki, w porównaniu z odpowiednią kontrolą. Wogóle na podstawie owych badań dochodzi Wiesner do wniosku, że i co do eteru petrolu należy podnieść tesame zarzuty, jak i co do innych ciał, powstrzymujących w pożywkach rozwój innych drobnoustrojów, znajdujących się w stolcu; zarzuty te ograniczają wartość również sposobu Bierasta. Także i Schuscha[8]), prócz stwierdzenia wybitnie niekorzystnego działania eteru petrolu na prątki okrężnicy, zauważa, że pomnożenie prątków duru przy zastosowaniu eteru petrolu jest tylko względne, gdyż uszkadza on znacznie także i te prątki.

Prątek paratyfusu B okazuje, według Bierasta, Jaffégo i Halla, tę samą odporność na działanie eteru petrolowego, jak i prątek durowy; natomiast prątek czerwonki zachowuje się względem niego inaczej. Według ogólnych uwag tych trzech autorów najwięcej odporny na działanie eteru petrolu jest typ jadowity (Shiga-Kruse), natomiast niejadowite typy (Flexner, His, Strong) ulegają pod wpływem eteru petrolu łatwo zniszczeniu. Bierast jednak dodaje, że sprawy zastosowania eteru petrolu w badaniu stolców czerwonkowych jeszcze nie można uważać za rozstrzygniętą.

Przecinkowce cholery azyatyckiej zostają, według Halla, bardzo szybko zniszczone przez eter petrolu; odnośne próby wykonał autor ze starymi pniami laboratoryjnymi.

Z innych drobnoustrojów należy podnieść zauważoną dość zgodnie przez wszystkich autorów odporność ziarenkowców na działanie tego eteru, wskutek czego w badaniu stolców bardzo często stwierdza się liczne kolonie ziarenkowców na płytkach. Chodzi tu bardzo często, według Wiesnera, o paciorkowce mleczne (streptococcus lacticus).

Tablica I.

Szczep		C + T	C + PA	C + PB	C + Sh	C + Fl	C + H	C + Str.
Natychm. szczep.	Kontr.	C +++ T 50	C +++ PA 52	C +++ PB 80	C +++ Sh 28	C +++ Fl 70	C +++ H 45	C +++ Str 39
	NaCl	C +++ T 45	C +++ PA 54	C +++ PB 88	C +++ Sh 30	C +++ Fl 98	C +++ H 52	C +++ Str 46
Po 6 godzinach	Kontr.	C +++ T 20	C +++ PA 45	C+++ PB 73	C +++ Sh 9	C +++ Fl 23	C +++ H 7	C +++ Str 11
	NaCl	C ++ T 150	C ++ Pa 200	C ++ PB 265	C ++ Sh 32	C ++ Fl 47	C ++ H 14	C ++ Str 14
Po 15 godzinach	Kontr.	C ++++ T 29	C ++++ PA 24	C ++++ PB 75	C ++++ Sh 1	C ++++ Fl —	C ++++ H 1	C ++++ Str 1
	NaCl	C ++ T 175	C ++ PA 192	C ++ PB 169	C +++ Sh 5	C +++ Fl 7	C +++ H 2	C +++ Str 3

C = l. okrężnicy, T = tyfusu, PA i PB = paratyfusu A i B, Sh = Shiga-Kr., Fl = Flexner, H = His, Str = Strong.

Zbierając dotychczasowe wyniki i zapatrywania, odnoszące się do działania eteru petrolu i praktycznego zastosowania jego w badaniu stolców, i to głównie tyfusowych, widzimy, że nie są one jednakie. Jedni podnoszą odporność nań prątków tyfusu i paratyfusu B, natomiast uderzające niszczenie prątka okrężnicy; w badaniu co prawda niewielkiego materyału stolców tyfusowych mieli osiągnąć, razem biorąc (Schmitz, Jaffé, Hall) 40, 56% polepszenia wyników w porównaniu z wynikami, uzyskanymi przy bezpośredniem szczepieniu stolców. Inni znowu (Wiesner, Schuscha) podnoszą, że eter petrolu działa rzeczywiście niszcząco na prątka okrężnicy (niejednakowo na różne jego pnie), ale działa także powstrzymująco na wzrost prątka tyfusu. Co do stolców względnie treści jelit tyfusowych, ilość dodatnich wyników przy bezpośredniem szczepieniu była znacznie większa, niż przy zastosowaniu eteru petrolu. (Wiesner 5:1).

Na lasecznika czerwonki działa eter petrolu powstrzymująco, i to głównie na jego niejadowite typy; dotychczasowe badania z eterem petrolu nie pozwalają jednak wypowiedzieć ściśle określonego zdania co do wartości jego w badaniu stolców czerwonkowych. Do badań stolców cholerycznych eter petrolu zupełnie się nie nadaje.

Do drugiej grupy sposobów, starających się na drodze pomnożenia polepszyć wynik w badaniu stolców tyfusowych, należy zaliczyć z końcem zeszłego roku ogłoszone zastosowanie żółci.

Wychodząc z założenia, że pomnożenie prątków durowych, znajdujących się w niewielkiej ilości w stolcach, będzie ważniejsze i korzystniejsze, niż powstrzymanie wzrostu innych współzawodniczących drobnoustrojów, szczególnie prątków okrężnicy, zastosował Wiesner w badaniu stolców tyfusowych, jako sposób pomnożenia, żółć. Do tego celu używa on jałowej żółci wołowej, do której dodaje 10—20% bulionu albo wody peptonowej. Do 2—3 cm³ stolca dodaje on stopniowo tej żółci bulionowej, ustawicznie dokładnie mieszając treść naczynia pałeczką drewnianą, dopóki nie otrzyma rzadkiej płynnej zawiesiny. Treść wstawia do cieplarki na 6—8 godzin, a następnie jedno oczko treści, wzięte z górnej lub średniej warstwy płynu, rozciera na 3 płytkach z agarem Drigalskiego. Wiesner zwraca przytem uwagę na dokładne sporządzenie rozcieńczenia stolca wobec tego, że, jak wiadomo, rozmieszczenie lasecznika durowego w stałych stolcach nie jest równomierne.

Równocześnie przeprowadzone badania stolców tyfusowych za pomocą bezpośredniego ich szczepienia, z zastosowaniem eteru petrolu i żółci, dało na 62 przypadki: przy zastosowaniu żółci 20 razy, przy bezpośredniem szczepieniu 9, przy eterze petrolu 2 razy dodatnie wyniki; wyniki zaś, otrzymane z badania materyału z trzeciego tygodnia duru brzusznego przy zastosowaniu żółci, bezpośredniem szczepieniu i eterze petrolu, przedstawiały stosunek 38:19:3%.

Wiesner podaje dalej, że zastosowanie żółci nadaje się także do badania stolców paratyfusowych, czerwonkowych i paraczerwonkowych, nie podaje jednak wcale odnośnych badań. Co do innych drobnoustrojów, to zauważył Wiesner zmniejszenie się zdolności zakwaszania dla paciorkowca mlecznego (streptococcus lacticus) pod wpływem żółci. Jako ujemną stronę stosowania żółci podnosi rozrost odmieńca (proteus) na płytkach.

O ile mi z dostępnego piśmiennictwa wiadomo, dotąd jedynie Müller ogłosił wyniki, otrzymane w głównej pracowni jednej z wojskowych komisyi dla stosunków zdrowotnych (Salubritätskommission), przy zastosowaniu tego sposobu żółciowego w badaniu stolców, pochodzących od ludzi zdrowych, a badanych tylko w kierunku roznosicielstwa. W badaniach tych stosowano równocześnie także eter petrolu. Otóż na 1116 stolców stwierdzono:

	Eter petrolu	Żółć
Prątki tyfusu	8 (0,7%)	11 (0,98%)
» paratyfusu	5 (0,45%)	14 (1,25%)
» czerwonki	21 (1,9%)	47 (4%)
Og. liczba roznosicieli	34 (3%)	72 (6,4%)

W badaniach tych stale używano więcej stolca przy zastosowaniu eteru petrolu, aniżeli żółci. Z zestawienia tego widoczna jest znaczna przewaga dodatnich wyników sposobu żółciowego nad eterowym co do lasecznika paratyfusu i czerwonki, natomiast nieznaczna co do tyfusu. Müller poleca też stosowanie żółci w badaniach w kierunku roznosicielstwa dopóty, dopóki nie będzie można otrzymać możliwie czystego eteru petrolu i wogóle możliwie udoskonalić sposób Bierasta-Halla.

Tablica II.

	Sposób	C + T	C + PA	C + PB	C + Sh	C + Fl	C + H	C + Str
Zaraz	Kontr.	C + T 15	C + PA 6	C + PB 42	C + Sh 0	C +± Fl 10	C +± H 4	C +± Str 3
	Żółć	C + T 19	C + PA 11	C ± PB 96	C + Sh 8	C +± Fl 54	C +± H 7	C +± Str 12
	Żółć z fiol.	C + T 18	C + PA 12	C + PB 80	C + Sh 7	C +± Fl 62	C +± H 6	C +± Str 20
Po 6 godzinach	Kontr.	C ++ T 25	C ++ PA 13	C ++ PB 69	C ++ Sh 10	C ++ Fl 4	C ++ H 9	C ++ Str 1
	Żółć	C ++ T 32	C +± PA 28	C ++ PB 90	C ++ Sh 4	C ++ Fl 3	C ++ H 8	C ++ Str 3
	Żółć z fiol.	C ++ T 41	C +± PA 31	C +± PB 110	C ++ Sh 8	C ++ Fl 5	C +± H 16	C +± Str 8
Po 15 godzinach	Kontr.	C +++ T 16	C +++ PA 19	C +++ PB 40	C +++± Sh 3	C +++ Fl 3	C +++ H 3	C +++ Str 1
	Żółć	C +++ T 18	C +++ PA 21	C +++ PB 62	C +++ Sh 6	C +++ Fl 4	C +++ H 7	C +++ Str 1
	Żółć z fiol.	C ++± T 32	C ++± PA 34	C ++± PB 92	C +++ Sh 3	C ++± Fl 5	C ++± H 5	C ++± Str 3

Własne badania.

W tutejszej stacyi dyagnostycznej przeprowadzaliśmy od chwili urządzenia pracowni próbne badania z wpływem różnych substancyi na mieszanki hodowli lasecznika okrężnicy z drobnoustrojami chorobotwórczymi, w badaniu stolców w grę wchodzącymi, oraz stosowaliśmy je w badaniu obfitego i różnorodnego materyału stolców, pochodzących z licznych szpitali wojskowych i obozów jeńców wojennych jakoteż internowanych. Z tych prób zwróciłem szczególniejszą uwagę, jeszcze w miesiącach letnich 1915, na zastosowanie fizyologicznego rozczynu soli kuchennej i żółci z dodatkiem fioletu krystalicznego.

Co do rozczynu fizyologicznego soli kuchennej wyszedłem z założenia, że jest on płynem, w którym wprawdzie tak laseczniki okrężnicy, jak tyfusu, paratyfusu, czerwonki i t. d. rozwijają się gorzej, niż n. p. w bulionie, ale w każdym razie niezbyt silny rozwój lasecznika okrężnicy nie będzie tak przygniatająco działać na inne drobnoustroje i ułatwi wykazanie ich kolonii na płytkach. Przypuszczenie to potwierdziły rzeczywiście wstępne badania, przeprowadzone przezemnie z mieszankami wymienionych hodowli.

Badania przeprowadziłem w następujący sposób: Do 4 cm³ jałowego fizyologicznego rozczynu Na Cl (0,85%) dodałem 0,2 cm³ 12-godzinnej hodowli bulionowej lasecznika okrężnicy i takąższamą ilość jednej z wymienionych hodowli bakteryjnych. Równocześnie dla kontroli sporządzałem tesame mieszanki tylko w bulionie. Mieszanki szczepiłem na płytkach z agarem Endo za pomocą tego samego oczka platynowego, robiąc zawsze tę samą ilość rys na płytce. Seryi szczepień z każdą mieszanką wykonałem 3, mianowicie zaraz po zrobieniu mieszanek, po 6 i 15-godzinnem ich trzymaniu w cieplarce. Zupełnie tesame badania z bulionem i NaCl wykonałem z samemi hodowlami lasecznika okrężnicy, tyfusu, paratyfusu A i B, oraz przyjętymi czterema typami lasecznika czerwonki.

Otóż co do wzrostu w bulionie i NaCl poszczególnych wymienionych hodowli, to stwierdziłem, że ilość kolonii tak po 6, jak i 15 godzinach, była stale większa na płytkach z bulionu, niż z NaCl, co zresztą jest zrozumiałe. Wyniki z mieszankami przedstawia tablica I.

Z tablicy tej widzimy niezaprzeczenie, że w porównaniu z kontrolami (w bulionie) liczba kolonii na płytkach po zastosowaniu NaCl wzmogła się w stosunku do lasecznika okrężnicy, przyczem wzmożenie to stosunkowe nieco korzystniej przedstawia się na płytkach z hodowlami 15-godzinnemi. Mniej korzystnie przedstawia się ten stosunek co do 4 typów lasecznika czerwonki, przyczem korzystniejszy jest czas 6-godzinny, aniżeli 15-godzinny.

To stosunkowe wzmożenie się liczby kolonii omawianych hodowli w porównaniu z prątkiem okrężnicy pozostaje niewątpliwie w związku, jak przypuszczaliśmy, ze słabym jego rozwojem w fizyologicznym rozczynie NaCl, a przez to nie tak silnem przygniataniem innych w grę wchodzących drobnoustrojów, które mimo również słabszego rozwoju w NaCl jednak lepiej i widoczniej mogą wzrastać i w samym NaCl i przedewszystkiem na płytkach.

Żółć stosowaliśmy tak w badaniach czystych hodowli, wzgl. ich mieszanek, jak i w badaniu stolców, i to nie w czystym stanie, lecz do jałowej żółci wołowej dodawałem 25% fizyologicznego rozczynu NaCl i 1% peptonu Witte oraz fioletu krystalicznego w stosunku podobnym

jak w pożywce Drigalski-Conradiego, a więc na 100 cm^3 mieszanki 1 cm^3 rozczynu 0,2 na 100 cm^3 wody.

Badania przeprowadziłem również osobno z poszczególnemi hodowlami, względnie ich mieszankami. Technika wykonania była tasama, co z fizyologicznym rozczynem NaCl. Po ogłoszeniu przez Wiesnera stosowania żółci z 20% bulionu przeprowadziłem powtórnie tesame badania, tylko równocześnie także z jego żółcią bulionową. Otóż co do wzrostu poszczególnych hodowli, względnie ich mieszanek, nie mogłem stwierdzić wybitniejszej różnicy we wzroście lasecznika okrężnicy w bulionie, żółci z fioletem krystalicznym i żółci z 20% bulionu; jedynie przy zastosowaniu naszej mieszanki żółciowej ilość kolonii tak po 6, jak i 15 godzinach, była nieco mniejsza; tosamo odnosi się także do lasecznika tyfusu i paratyfusu A i B. Natomiast wszystkie 4 typy czerwonki dały gorsze wyniki, niż laseczniki z grupy okrężnicy i tyfusu.

W tablicy II. przedstawione są wyniki badań mieszanek w bulionie, żółci bulionowej i żółci z fioletem krystalicznym.

Co do lasecznika tyfusu i paratyfusu A i B, stwierdziłem zatem nieco więcej ich kolonii na płytkach z treścią żółciową, aniżeli z kontrolną, przyczem nieco korzystniej przedstawiają się ilości kolonii z naszej mieszanki żółciowej. Wszystko to odnosi się głównie do czasu 6-godzinnego, 15-godzinny bowiem jest mniej odpowiedni.

Co do 4 typów lasecznika czerwonki, to przy zastosowaniu jednej i drugiej żółci nie można stwierdzić wyraźniejszej różnicy w ilości kolonii w porównaniu z kontrolą, co najwyżej bardzo nieznaczną na korzyść naszej mieszanki. I tu korzystniej przedstawia się czas 6-godzinny. Wreszcie podnieść należy, że między jadowitymi i niejadowitymi typami czerwonki w stosowaniu jednej i drugiej żółci nie można zauważyć widocznej różnicy.

Ilość kolonii na płytkach po stosowaniu żółci z fioletem była nieznacznie mniejsza, niż po żółci bulionowej wzgl. w kontroli.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

I. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 21. marca 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg.

1. Odczytanie pisma c. k. Namiestnictwa w sprawie zorganizowania opieki nad chorymi gruźliczymi, oraz pisma c. k. Ministerstwa spraw wewn. w sprawie kursu dla lekarzy przeznaczonych do zorganizowania tej opieki, który ma się odbyć w Wiedniu w kwietniu br. Na pokrycie kosztów podróży i pobytu w Wiedniu wyznacza Ministerstwo zasiłek w kwocie 350 kor.

2. Odczytano podanie do c. k. Namiestnictwa Dr J., lekarza epidemicznego, który w następstwie przebytego tyfusu plamistego utracił słuch. Uchwalono prośbę o emeryturę poprzeć.

3. Prezydent podaje do wiadomości informacye uzyskane w Wydziale kraj., odnośnie do sprawy Dr K. co do postępowania z poborami cywilnymi lekarzy, będących w służbie autonomicznej w czasie wykonywania przez nich służby wojskowej. Otóż uzyskanie poborów cywilnych dla rodziny, w razie jeżeli ona pobiera zasiłek wojskowy, jest bardzo wątpliwe; możliwe jest tylko uzupełnienie zasiłku wojskowego, o ile jest niższy od wysokości płacy cywilnej męża. W konkretnym wypadku Dra K. zasiłek wojskowy jest wyższy, starania więc o pobór płacy cywilnej, jako lekarza gminnego, miałyby ten skutek, że rodzina utraciłaby zasiłek wojskowy. Uchwalono przedstawić ten stan rzeczy Dr K.

4. Izba lek. bukowińska zawiadamia, że obecnie urzęduje w Wiedniu przy Kochgasse 9.

5. Prezydent odczytuje pismo Wydziału wykonawczego Izb lekarskich, tyczące się zmiany ustawy kas chorych i wyłaniającej się stąd potrzeby zmiany układów z fabrycznemi kasami chorych. Uchwalono odpowiedzieć, że w obrębie Izby wsch. galic. takich kas niema, co się zaś tyczy powiatowych kas chorych, to Związek ich z początkiem kwietnia br. przestaje istnieć, — nie ma więc co do zmiany układów z kim traktować. Natomiast od r. 1914 obowiązuje lekarzy przynależnych do Izb uchwała Wydziału Izby, że układy, zawierane przez lekarzy z kasami chorych mają być przez Izbę lek. zaopiniowane.

Wobec tego, że nowela ustawy o kasach chor. postanawia, iż lekarze mają zawierać umowy pisemne z kasami chorych, uchwalono ogłosić nadto w »Przeglądzie lek«., by lekarze kasowi tylko na podstawie pisemnych umów posady obejmowali z tem, że umowy te mają być przez Izbę poprzednio zaopiniowane.

Poruszoną w noweli sprawę komisyi pojednawczych między lekarzami a urzędami kas chorych oddano do referatu Dr Mikołajskiemu.

6. Uchwalono zaprenumerować: »Ämtliche Nachrichten betreffend die Unfall- u. Krankenversicherung« oraz zakupić: »Jorkisch Kommentar«.

7. Dr. Kohlberger referuje sprawę wydawania odpisów historyi chorób dla zakładów ubezpieczeń. Referat Wydział Izby przyjmuje i uchwala treść jego podać do wiadomości wszystkich Izb lek., a sprawę samą poruszyć na posiedzeniu prezydentów Izb w Wiedniu.

8. Przyjęto do wiadomości pismo Wydziału wykon. Izb lek. w Wiedniu w sprawie porządku dziennego mającego się odbyć w Wiedniu wspólnego posiedzenia Izb lekarskich.

9. Uchwalono udzielić 50 kor. zapomogi p. Julii Ardlowej, sierocie po lekarzu, który praktykował w Galicyi wschodniej.

II. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 28 marca 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, zast. czł. Wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent podaje do wiadomości, że Minist. spraw wewn. zatwierdziło statut kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach, zażądało jednak w kilku paragrafach pewnych zmian i dodatków. Proponowane przez Ministeryum zmiany uchwalono przyjąć i odesłać do Minist. spr. wewn. dla ostatecznego zatwierdzenia.

2. Prezydent odczytuje porządek dzienny mającego się odbyć 1 kwietnia w Wiedniu zebrania prezydentów Izb. Uchwalono poruszyć na tym zjeździe następujące sprawy:

a) Aczkolwiek lekarze powołani czasowo do wojska nie należą wedle ustawy do Izby, należy od nich żądać opłat do Izby.

b) Potrzebę rewizyi obowiązującej dotychczas taryfy sądowo-lekarskiej i podniesienia dotyczących należytości odpowiednio do obecnych stosunków, względnie podwyższenia obecnej taryfy ryczałtowo o 100%.

c) W sprawie żądania przez zakłady ubezpieczeń od wypadków przedkładania odpisów historyi choroby przez Dyrekcye szpitalne, uchwalono inne Izby i Wydział wyk. zaprosić do wspólnej akcyi.

3. Dr Mikołajski odczytuje swój referat w sprawie komisyj pojednawczych, przewidzianych w nowej ustawie o kasach chorych. Referat przyjęto w całości celem przedłożenia go c. k. Namiestnictwu.

4. Polecono na kurs zwalczania gruźlicy w Wiedniu kilku lekarzy z okręgu Izby.

III. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 18. kwietnia 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr. Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski. Usprawiedliwił swą nieobecność Dr Schellenberg.

1. Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa o wyasygnowanie kwoty 970 kor. Dr K. za szczepienie ospy w r. 1916, w której to sprawie Wydział w c. k. Namiestnictwie interweniował.

2. Odczytano pismo c. k. Namiest. zakazujące rozpowszechniania leczniczego środka p. n. »Brilosan«.

3. Przyjęto do wiadomości pismo c. k. Prokuratoryi Państwa, że w sprawie zażalenia Dr W. przeciw technikowi dentyst. B. dochodzenia nie są jeszcze ukończone. Uchwalono o tem zawiadomić Dr W.

4. Prezydent składa sprawozdanie z odbytej 1. IV. 1917 w Wiedniu konferencyi prezydentów Izb lek. austryackich. Na zjeździe było reprezentowanych 12 Izb, a konferencya miała charakter tylko informacyjny. Omówiono następujące sprawy:

a) W sprawie zasiłków wojennych dla żon lekarzy okręgowych i miejskich podał do wiadomości prof. Dr Finger, że na odbytej w ostatnich dniach konferencyi w Ministerstwie spr. wewn. postanowiono, aby rodziny lekarzy, pobierających płace niższe od kor. 1000 rocznie, otrzymywały uzupełnienie w zasiłku do wysokości tej pensyi.

b) Na podniesiony w dyskusyi fakt, że lekarze obowiązani do pospolitego ruszenia, pełniący służbę po cywilnemu, nie pobierają miesięcznego dodatku 50 kor. na służbę, tak jak lekarze pełniący służbę w mundurze oficerów, wyjaśniono, że starania o ten dodatek pozbawiłyby lekarzy dodatku starszeństwa, przyznanego lekarzom jako gażystom; dodatek ten jest znacznie wyższy od dodatku na służbę.

c) W sprawie zasiłku dla żon lekarzy będących w niewoli wyjaśniono, że jeżeli rodzina udowodni, iż mąż żyje, otrzymuje całą jego pensyę.

d) W sprawie wymiany lekarzy jeńców zawiadomił przewodniczący, że w r. 1915 wymieniono 40 lekarzy, a w r. 1916 20 lekarzy jeńców.

e) Stałe zaopatrzenie lekarzy inwalidów należy do obowiązków Rządu tak samo, jak innych inwalidów.

f) Odczytano i omówiono nową ustawę dla kas chorych i wyrażono życzenie, by utrzymać układy i wzory umów, zawarte ze Związkami kas fabrycznych.

g) Przyjęto jednomyślnie zasadę, że posady lekarzy, pełniących służbę wojskową, mogą być obejmowane przez ich zastępców tylko czasowo, a nie na stałe.

h) W sprawie utworzenia Ministerstwa spraw sanitarnych przyjęto, że należy oświadczyć się za osobną sekcyą spraw sanit. z naczelnym szefem sekcyi lekarzem (nie prawnikiem) i z scentralizowaniem w niej wszystkich spraw zdrowia publ. Sekcya ta powinna być zupełnie samodzielną, z odpowiedniem rozszerzeniem egzekutywy.

i) W sprawie zwalczania gruźlicy i chorób płciowych wyrażono ubolewanie, że do odnośnych ankiet nie zaproszono delegatów Izb lekarskich.

k.) W sprawie podwyższenia taryfy sąd.-lekarskiej oświadczył prezydent Dr Finger, że odnośne pismo Izby lek. wsch. galic. przedłożył Ministeryum.

l) Przyjęto do wiadomości memoryał Izby lek. wsch. galic. w sprawie żądania ze strony towarzystw ubezp. od wypadków odpisów historyi chorób.

m) W sprawie pobierania opłat Izbowych od lekarzy, odbywających służbę wojskową, wyrażono zdanie, że opłaty te należy żądać i ściągać ze względu na załatwianie rozlicznych spraw tych lekarzy oraz ich rodzin przez Izby lek.

7) Zaopiniowano przychylnie kilka wniosków kredytowych.

8) Skargę Stowarzyszenia przemysł. fryzyerów i perukarzy przeciw mag. farm. L. C. we Lwowie uchwalono odstąpić fizykatowi m. Lwowa do właściwego urzędowania.

9) Zaopiniowano prośbę na otwarcie nowej apteki we Lwowie.

10) Odpisano zaległość Izbową Dr K. W. z S. do połowy, tudzież uwolniono Dr M. B. ze L. za r. 1914 od połowy opłat, za r. 1915 od $^2/_3$ opłat, zaś za r. 1916 odmówiono uwolnienia.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 24. X. b. r. posiedzenie, na którem Dr K. Michejda miał wykład p. t.: Wskazania i technika amputacyi w czasie wojny. W dyskusyi przemawiali doc. Radliński i prelegent.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 31. X.

W niedzielę d. 28. X. odbędzie się zwiedzenie nowych miejskich zakładów sanitarnych na Prądniku białym. Punkt zborny o godzinie 3 popołudniu u wylotu ulicy Długiej.

— Habilitacya Dr Stefana Borowieckiego z zakresu neurologii i psychiatryi została zatwierdzona przez ministerstwo oświaty.

Zmarli: Dr Ludwik Doboszyński w 52 r. ż. w Krakowie, Dr Stanisław Haliniak w 26 r. ż., jako ofiara zawodu, w okolicach Czortkowa.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 31. października** 1917 o g. 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Dr Rychliński: Przedstawienie chorych z oddziału ginekologicznego szpitala św. Łazarza. — 2) Dr Laskiewicz: Ciężkie uszkodzenie po wybuchu w Mogile, częściowe wyleczenie (z przedstawieniem chorego). — 3) Dr Kostrzewski: W sprawie odczynu Wassermanna w moczu.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 44. Kraków, 3. listopada 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4 1/2 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Do Nru dzisiejszego załącza się jako bezpłatny dodatek Tom III. Zeszyt III. Rocznika Lekarskiego.

Rok LVI. Kraków, 3. listopada 1917. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

III.

Ostra niedomoga czynnościowa nerek — ostre zapalenie nerek bez białka w moczu?

(Adynamia functionalis renum acuta — nephritis acuta analbuminurica?).

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr ph. A. Gottesmanna z Budapesztu).

(Ciąg dalszy).

4) K. W., lat 23, — przed trzema tygodniami wystąpiły bóle w nogach i w krzyżach, a równocześnie zauważył chory postępujący obrzęk ciała. Przysłany z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Stan obecny: budowa dość silna, twarz blada, obrzękła; tułów i kończyny dolne miernie obrzękłe; serce bez zmian; t. = 72 na min.; wątroba nie powiększona. Badanie moczu (tabl. II. Nr. 4.): ilość dzienna (średnio): 2025 cm^3; c. g. 1021; białka i osadu stale brak. Badanie czynnościowe: wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika zupełnie prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego, uraninu i jodu nieco opóźnione.

5) R. J., lat 49. — Od dwu miesięcy zauważył chory obrzęk twarzy i kończyn dolnych; w ostatnich dwu dniach rozwolnienia. Przysłany z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Stan obecny: Budowa silna; twarz i kończyny dolne miernie obrzękłe; w płucach objawy nieznacznego nieżytu oskrzelowego; serce: — stłumienie bezwzględne prawidłowe, nad koniuszkiem serca lekki podmuch; wątroba lekko powiększona. Badanie moczu (tabl. II. Nr. 5.): ilość dzienna (średnio) = 1566 cm^3; c. g. 1017; białka i osadu niema. Badanie czynnościowe: wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego i jodu znacznie opóźnione; wydzielanie uraninu lekko opóźnione.

6) T. M., lat 33. — Od pięciu dni zauważył chory szybko postępujący obrzęk całego ciała, a przy tem dokuczał mu ból głowy i kaszel. Przysłany z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Stan obecny: bardzo znaczny blady obrzęk twarzy, tułowia i kończyn dolnych; w płucach objawy nieżytu oskrzelowego; serce bez zmian; T. = 60 na min.; wątroba nieco powiększona, niebolesna. Badanie moczu (tabl. II. Nr. 6.): ilość dzienna (średnio) = 1450 cm^3; c. g. 1025; białka i osadu brak. Badanie czynnościowe: wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego ledwo zaznaczone; (przez 5 godz.); wydzielanie uraninu lekko opóźnione; wydzielanie jodu opóźnione.

7) O. W., lat 50, — przed 8 dniami zauważył obrzęk twarzy, potem tułowia i kończyn dolnych; kaszel silny. Stan obecny: bardzo znaczny blady obrzęk twarzy, tułowia i kończyn dolnych; nieżyt oskrzelowy zaznaczony; serce: stłumienie bezwzględne prawidłowe; tony nieco głuche; T. = 48 na min.; wątroba nieco powiększona, niebolesna. Badanie moczu: (tabl. II. Nr. 7.): ilość dzienna (średnio) = 1450 cm^3.; c. g. 1025; białka i osadu brak. Badanie czynnościowe: wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego znacznie opóźnione; wydzielanie uraninu i jodu lekko opóźnione.

Przypatrzywszy się bliżej obrazowi klinicznemu przypadków, które poddaliśmy ścisłemu badaniu, widzimy, że wszystkie przedstawiają wspólne cechy kliniczne, tak pod względem początku, stanu na szczycie sprawy chorobowej, jak i wyniku końcowego. Wspomnieć muszę, że prócz przytoczonych spostrzegaliśmy cały szereg innych podobnych przypadków, w których jednak nie mieliśmy sposobności przeprowadzić szczegółowego badania czynnościowego nerek, tak, że ich przy ogólnem omówieniu nie możemy uwzględnić mimo podobieństwa klinicznego.

Obraz kliniczny wszystkich przypadków był mniejwięcej następujący: Początek sprawy chorobowej był zwykle niespodziewany, a pierwszym w oczy wpadającym objawem były dla chorych przeważnie obrzęki. Po dokładnem wypytywaniu, a często i sami podawali chorzy, że w pierwszym lub też w pierwszych dniach obrzęk występował przedewszystkiem na twarzy, następowo dopiero na tułowiu i na kończynach dolnych. Po wystąpieniu obrzęku na twarzy chorzy zwracali uwagę na kończyny dolne, tak, że na nich sami częściej stwierdzali obrzęki, niż na tułowiu. Obrzęk był zawsze niebolesny, a zwiększał się szybko. Z powodu właśnie obrzęków zgłaszali się zwykle chorzy do lekarza, który, uważając sprawę za poważną, odsyłał ich do szpitala, zwykle z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Przy dokładnem wypytywaniu dało się często wykazać okres parodniowego poprzedzającego schorzenia (przed wystąpieniem obrzęków), a dokuczał chorym wówczas kaszel, bóle w kończynach lub też w krzyżach, uczucie podwyższonej ciepłoty ciała i ogólnego schorzenia. Z chwilą wystąpienia obrzęków do tych objawów dołączała się często duszność, nieraz i znacznego stopnia, jak i osłabienie ogólne. Nigdy jednak nie mogliśmy wykazać jakiegoś dłuższego okresu ogólnego osłabienia i wyniszczenia, któryby poprzedzał wystąpienie obrzęków; chorzy byli czynni w okopach do ostatniego czasu tuż przed wybuchem sprawy chorobowej. P o c z ą t e k s c h o r z e n i a b y ł w o g ó l n o ś c i o s t r y; chory mógł prawie dokładnie podać dzień rozchorowania się. Dodam, że w dwu przypadkach wywiady wykazywały przed laty przebyte ostre zapalenie nerek. Wspomnieć muszę i o tem, że na karteczce od lekarza, którą chory ze sobą przynosił, oprócz już raz wspomnianego rozpoznania »nephritis acuta«, nieraz znajdowaliśmy notatkę, że w moczu stwierdzono białko i na tem oparto rozpoznanie kliniczne; badanie nasze jednak nieraz i następnego dnia nie wykazywało w tych przypadkach nigdy obecności białka w moczu już w pierwszym dniu pobytu chorego na oddziale. Przechodząc do klinicznego stanu chorego w czasie pobytu jego na moim oddziale, muszę zaznaczyć, że przedewszystkiem wpadały w oczy obrzęki powłok zewnętrznych. Obrzęk zajmował

zawsze twarz i tułów, mniej wyraźnie kończyny dolne; stopień obrzęków bywał różny, a nieraz bardzo znaczny. Obrzęk był przytem blady, podatny na ucisk, niebolesny. Wogóle chorzy wyglądali typowo jak chorzy ze schorzeniem nerek, tak, że nie dziwi nas rozpoznanie lekarza poprzedniego (nephritis acuta), mimo nieraz braku możności badania moczu co do białka i typu osadu moczowego. Z innych objawów klinicznych do typowych należał nieżyt oskrzelowy, raz silniejszy, raz słabszy, dalej zwolnienie tętna, które tak często spotykamy w naszych przypadkach ostrego zapalenia nerek. W wywiadach lub też w pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu mogliśmy nieraz stwierdzić lekkiego stopnia podwyższenie ciepłoty ciała, które jednak ustępowało szybko. W niektórych przypadkach zjawiała się duszność, w jednym tak wybitna, że jeszcze przed badaniem moczu wobec znacznych obrzęków, zwłaszcza twarzy, przyjąwszy istnienie ostrego zapalenia nerek z duszницą mocznicową, wykonaliśmy natychmiast nakłucie żyły pośrodkowej i upuściliśmy 500 cm³ krwi, jak to zwykliśmy czynić w przypadkach ostrej mocznicy wogóle. Zdziwieni byliśmy wówczas, nie znalazłszy następowo w moczu chorego żadnych nieprawidłowych składników. Z całym naciskiem muszę zaznaczyć, że u żadnego chorego nie mogliśmy ani razu stwierdzić objawów, któreby wskazywały na istnienie niedomogi serca; przedmiotowy stan serca, stan wątroby i t. d. nie dawał nigdy podstawy do podejrzeń, że przyczyną obrzęków jest niedomoga krążenia; dla istnienia obrzęków musieliśmy szukać innego źródła. Ze stanu przedmiotowego podnieść należy i to, że chorzy nasi przeważnie byli młodzi lub w średnim wieku, o budowie dość silnej; stan ich odżywienia daleki był od tego, ażebyśmy mogli przyjąć u nich istnienie wyniszczenia na tle n. p. głodzenia i niedostatecznego odżywienia. Obrzęki ustępowały zwykle szybko, do paru dni; u jednego chorego, którego historyę choroby przytoczę jeszcze niżej, obrzęk ogólny trwał około dziesięciu dni, ustąpił następnie bez śladu. Objawy inne, jak nieżyt oskrzelowy, stan podgorączkowy i t. d. znikały dość szybko, a chorzy wracali do zupełnego zdrowia. U wszystkich dokładnie badanych czynnościowo chorych przebieg choroby był korzystny; nie mieliśmy ani jednego zejścia śmiertelnego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

O skombinowanem zastosowaniu pośrednich sposobów w badaniu stolców tyfusowych, paratyfusowych i czerwonkowych.

Podał

Prof. Dr Witold Nowicki.

(Ciąg dalszy).

Z badań zatem ze stosowaniem mieszanek pokazuje się, że stosowanie roczczynu fizyologicznego NaCl przy badaniu co do obecności lasecznika tyfusu i paratyfusu A i B jest rzeczą korzystną, w mniejszym stopniu odnosi się to do lasecznika czerwonki. Przy stosowaniu żółci z 20% bulionu (Wiesner), jakoteż żółci z 25% fizyologicznego roztworu NaCl, 1% peptonu i fioletu krystalicznego otrzymuje się korzystne wyniki co do lasecznika tyfusu, paratyfusu A i B, i to nieco lepsze przy żółci z fioletem. Przy badaniu co do lasecznika czerwonki stosowanie jednej i drugiej żółci nie daje widocznej korzyści. Czas stosowania 6-godzinny.

B e n z y n a i n a f t a. W grupie badań nad wpływem eteru petrolu na hodowle zajmujących nas tu drobnoustrojów wykonałem także szereg badań z benzyną i naftą (petroleum). Badania przeprowadziłem z lasecznikiem okrężnicy, tyfusu, czerwonki (typ Shiga-Kruse), przecinkowcem cholery azyatyckiej i b. faecale alcaligenes.

Badania wykonałem w następujący sposób: Do 2 cm³ bulionu dodawałem po 2 oczka platynowe 24-godzinnej hodowli; następnie do tego 1 cm³ benzyny wzgl. nafty. Po silnem 5-minutowem wstrząsaniu w ręce zostawiałem treść, chronioną przed światłem dziennem, w ciepłocie pokojowej. Po 1, 2, 3, 6 i 15 godzinach brałem pipetą treść z dna naczynia i oczkiem szczepiłem ją kolejno na 2 płytkach agarowych.

Z tych badań próbnych przekonałem się, że benzyna działa powstrzymująco na wzrost lasecznika okrężnicy i czerwonki, znacznie mniej na wzrost lasecznika tyfusu. To powstrzymujące działanie benzyny na lasecznika tyfusu jest nieco tylko większe od działania eteru petrolu, natomiast jest ono znacznie większe co do czerwonki.

Nafta działa najwięcej powstrzymująco na lasecznika okrężnicy, znacznie mniej na tyfus, wogóle podobnie jak benzyna; natomiast nieznacznie tylko wstrzymuje wzrost lasecznika czerwonki — mniej niż benzyna i czysty eter petrolu.

Mniej więcej podobne wyniki otrzymałem przy stosowaniu benzyny i nafty na mieszanki omawianych hodowli z lasecznikiem okrężnicy. Oczywiście w tych doświadczeniach z mieszankami liczba kolonii lasecznika tyfusu, względnie czerwonki, w porównaniu z liczbą kolonii lasecznika okrężnicy była stale znacznie mniejsza, wyniki jednak działania benzyny, względnie nafty, na wspomniane hodowle porównywałem zawsze z odpowiedniemi kontrolami. Co do działania benzyny wzgl. nafty na i n n e d r o b n o u s t r o j e, to stwierdziłem, że benzyna działa zupełnie powstrzymująco na wzrost przecinkowca cholery azyatyckiej, i to już po jednej godzinie nie otrzymałem na płytkach ani jednej kolonii, natomiast kontrolne były niemi zasiane. Przeciwnie nafta, nawet po 6 i 15 godzinach, nie działała powstrzymująco na wzrost przecinkowców cholery. Co do cholery zatem działanie benzyny jest tosamo, co eteru petrolu, natomiast nafty inne.

Ziarenkowce ulegały pod wpływem benzyny znacznemu powstrzymaniu we wzroście, natomiast bardzo nieznacznemu pod wpływem nafty; tosamo należy powiedzieć o b. faecale alcaligenes.

Z powyższych danych widzimy, że benzyna w działaniu swem na laseczniki okrężnicy, tyfusu, czerwonki i na cholerę zbliża się znacznie do eteru petrolowego; nafta zaś działa hamująco na wzrost lasecznika okrężnicy i tyfusu, natomiast na lasecznika czerwonki i przecinkowca cholery azyatyckiej nie ma prawie żadnego wpływu.

Dla praktycznego zastosowania w badaniu stolców więcej nadawałaby się, sądząc z tych badań z benzyną i naftą, ta druga, i to głównie w badaniu stolców czerwonkowych. Czy zastosowanie jej dałoby rzeczywiście lepsze wyniki, niż bezpośrednie szczepienie stolca, powiedzieć nie mogę, odpowiednich bowiem badań ze stolcami nie wykonałem.

B a d a n i a s t o l c ó w.

W pracowni naszej w badaniu stolców trzymaliśmy się dwu zasad: stosowania ile możności k i l k u r ó ż n y c h p o ż y w e k i stosowania, prócz bezpośredniego szczepienia, s p o s o b ó w p o ś r e d n i c h. O tem, że postępowanie takie dla osiągnięcia możliwie najkorzystniejszych wyników w badaniu stolców jest uzasadnione i najpewniejsze, przekonałem się na podstawie badań obfitego i nader urozmaiconego materyału, który w ciągu 2 lat mieliśmy sposobność

spostrzegać; stolce, idące w tysiące, pochodziły głównie od ludzi chorych, w nieznacznej tylko części od ludzi zdrowych, wzgl. bez zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego.

Jako pożywki stosowaliśmy w badaniu każdego stolca agar Drigalskiego, z początku dla tyfusu wzgl. paratyfusu z fioletem krystalicznym, potem bez niego, Endo i zwykły 2% agar. Pierwotnie stosowaliśmy w badaniu każdego stolca 6 płytek (po 2 na każdą z wymienionych pożywek), następnie jednak ze względów oszczędnościowych zredukowaliśmy tę liczbę do 3. Przy tej sposobności muszę podnieść nader cenne zalety płytek z agaru Endo w badaniu stolców, który nie ustępuje wcale agarowi Drigalskiego, a nawet pod pewnymi względami go przewyższa, zwłaszcza w badaniu przy sztucznem świetle, a także jest znacznie tańszy i łatwiej go sporządzić, co przy badaniu dużego materyału cenną jest zaletą.

Jako pośrednie sposoby stosowaliśmy stale fizyologiczny rozczyn NaCl, od dłuższego czasu eter petrolu, przez pewien zaś czas, jeszcze w letnich miesiącach r. 1915, żółć z fioletem krystalicznym.

Postępowanie nasze w szczepieniu badanych stolców było następujące:

Bezpośrednie szczepienie. Stolce sformowane, miękkie i papkowate rozcieńczaliśmy około 5 cm³ bulionu, biorąc około 2—3 cm³ stolca. Po bardzo dokładnem zmieszaniu zapomocą laseczki szklannej aż do otrzymania prawie płynnej zawiesiny stolca, szczepiliśmy treść zapomocą oczka platynowego na płytkach, poczem średnio po 16 do 20 godzinach obrabialiśmy płytki, przeszczepiając podejrzane kolonie na pożywki różniczkowe. Płytki zostawialiśmy przez dalsze 48 godzin. Stolce płynne rozcieńczaliśmy 1/3 bulionu.

Sposób z fizyologicznym rozczynem NaCl. Około 2—3 cm³ dokładnie mieszaliśmy z około 8 cm³ rozczynu fizyologicznego NaCl, a następnie po 6 wzgl. 15 godzinach trzymania w cieplarce szczepiliśmy treść na płytkach.

Sposób z eterem petrolu. Około 2 cm³ stolca rozcieraliśmy dokładnie z 5 cm³ bulionu, a następnie, po dodaniu eteru petrolu, wstrząsaliśmy energicznie ręką treść naczyńka, zamkniętego jałowym korkiem i czapeczką gumową i wstrząsaliśmy mniej więcej przez 5 minut w ten sposób, że na jedną minutę przypadały 3 uderzenia. Treść tę, chronioną przed światłem dziennem i trzymaną w ciepłocie pokojowej, szczepiliśmy, podobnie, jak przy NaCl, po 6 wzgl. 15 godzinach, biorąc zapomocą jałowej pipety jedną kroplę treści z dna naczynia.

Eter petrolu we wszystkich niżej przytoczonych badaniach stosowaliśmy ten sam i z tego samego źródła. Frakcyonowanie jego przeprowadzaliśmy sami w naszej pracowni. Przed przystąpieniem do badań stolców za pomocą eteru petrolu wykonałem szereg badań nad wpływem różnych frakcyi tego eteru na czyste hodowle bulionowe zajmujących nas drobnoustrojów, a także na b. faecale alcaligenes, odmieńca (proteus) i ziarenkowce, oraz na mieszanki tychże drobnoustrojów z prątkiem okrężnicy. Badania przeprowadziliśmy z frakcyami 33°—38°, 40°—45°, 45°—50°, 50°—55°, 55°—60° C. i ponad 60° C. wrzenia. Z tych wstępnych badań przekonałem się, że najkorzystniejsza w badaniu stolców jest frakcya 40—45° C. Wyniki tych badań w zasadzie zgadzają się z wynikami, uzyskanymi z badania stolców.

Sposób zastosowania żółci z fioletem krystalicznym. Jak już wyżej wspomniałem, jeszcze w r. 1915 stosowaliśmy w naszej pracowni żółć w badaniu stolców, jednak nie w stanie czystym, ale z dodatkami wyżej podanymi. Do naczyńka, zawierającego około 10 cm³ tej mieszanki żółciowej, dawaliśmy około 2 cm³ stolca, który dokładnie mieszaliśmy laseczką szklanną, a następnie po 6 wzgl. 15 godzinach trzymania w cieplarce szczepiliśmy w sposób zwykły na płytkach.

Co do ogólnych uwag, dotyczących techniki szczepienia stolców, tak bezpośredniego, jak i pośredniego, to zwracaliśmy szczególniejszą uwagę na dokładne zmieszanie stolca z danym płynem; wiadomo bowiem, że w stolcach niepłynnych rozmieszczenie prątków tyfusu, wzgl. paratyfusu, nie jest równomierne, lecz że mamy cząstki stolca, w których gniazdami niejako są rozmieszczone powyższe drobnoustroje, gdy w innych cząstkach może ich całkiem nie być. O tem przekonałem się zarówno z obfitego materyału stolców, jak i ze specyalnie w tym kierunku robionych badań, w których ze sformowanych, wzgl. miękkich stolców tyfusowych szczepiliśmy różne ich cząstki na osobnych płytkach przy zachowaniu odpowiednich ostrożności.

Co do czasu 6 wzgl. 15 godzinnego przy stosowaniu sposobów pośrednich, to trzymaliśmy się go ze względów praktycznych (przedpołudniem przysyłane stolce szczepiono po 6, popołudniu drugiego dnia po 15 godzinach), a dalej także ze względu na korzystne wyniki.

Poniżej przytaczamy wyniki badania stolców tyfusowych, paratyfusowych i czerwonkowych, w których stosowaliśmy równocześnie obok bezpośredniego szczepienia także sposób pośredni z fizyologicznym rozczynem NaCl i eterem petrolu.

Stolce tyfusowe. Grupa ta obejmuje 39 stolców, w których wykazano lasecznika tyfusu; stolce te pochodziły z różnych tygodni choroby, jakoteż różnego czasu zdrowienia.

Tablica III.

Godz.	B	Petr.	NaCl	B+P	B+N	P+N	B+P+N
6	5	5	1	2	2	—	11
15	2	5	1	2	1	—	2
—	7 17,7%	10 25,6%	2 5,1%	4 10,2%	3 7,6%	—	13 33,3%

Z tabelki tej widzimy, że najczęściej stwierdzono kolonie tyfusu na płytkach po zastosowaniu eteru petrolu, następnie z bezpośredniem szczepieniem, najrzadziej po zastosowaniu NaCl (76,9%, 69,2% i 46,1%). Tylko na płytkach po eterze petrolu w 25%, tylko na płytkach z bezpośredniem szczepieniem w 17,7%, wreszcie tylko na płytkach po NaCl w 5,1%, — i tu więc widzimy tę samą kolejność, tylko różnice większe. Co do kombinacyi omawianych sposobów, to równoczesne stosowanie bezpośredniego szczepienia i eteru petrolu wykazało, że z 39 przytoczonych przypadków przypada na nią 37 t. j. w 94,8% dodatnich wyników, mniej korzystną okazuje się kombinacya bezpośredniego szczepienia i NaCl, bo na nią wypada 74,3%. Ilość kolonii tyfusu, stwierdzona na płytkach z bezpośredniem szczepieniem, przedstawia dość znaczną rozmaitość; na ogół jednak stwierdzaliśmy częściej liczne kolonie, niż nieliczne, przeciwnie jak na płytkach po eterze petrolu. Na płytkach po NaCl częściej spotykaliśmy liczniejsze kolonie.

Co do czasu przy eterze petrolu, to wybitniejszej różnicy między 6 a 15-godzinnym nie zauważyliśmy; przy pierwszym na 25 stolców w 20, t. j. 80%, przy drugim na 14 stolców w 10, t. j. w 71,4%. O wiele wybitniejszą różnicę we wpływie czasu 6-godzinnego i 15-godzinnego widzimy przy stosowaniu NaCl, i to na korzyść 6-godzinnego; gdy przy nim na 25 stolców było z lasecznikiem tyfusu 14, t. j. 60% na płytkach po zastosowaniu NaCl, to przy 15-godzinnym czasie na 14 stolców było tylko 4, t. j. 28,5% z lasecznikiem tyfusu. Fakt ten jest prawdopodobnie następstwem silniejszego rozwoju lasecznika okrężnicy po 15 godzinach, a temsamem więcej niekorzystnego działania na tyfus. (C. d. n.).

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu lwowskiego.
(Dyrektor: Radca dworu prof Dr Antoni Mars).

W sprawie niezłośliwych nowotworów pochwy

(z podaniem przypadku).

Napisał

Dr Tadeusz Wiczyński,
b. asystent kliniki.

Sprawa pochodzenia niezłośliwych nowotworów pochwy do dziś dnia nie jest zupełnie jasna i istnieją co do tego różne poglądy. Wobec tego każdy nowy przypadek, który może przyczynić się do rozjaśnienia lub poparcia pewnych poglądów, jest dla piśmiennictwa pożądany i ta okoliczność zniewala mnie do podania następującego przypadku.

Ch. D., lat 30, wdowa po rolniku (L. prot. klin. ginek. 49/1914), podaje, że żadnych poważniejszych chorób nie przebywała. Pierwsza regularność w 15. r. życia, następne co 3—4 tygodni, 6—7 dni trwające, obfite, bolesne, ostatnia przed 2 tygodniami. Rodziła dwa razy na czasie, siłami przyrody, po pierwszym porodzie gorączkowała 3 miesiące, po drugim miesiąc. Ostatni poród przed 4$^1/_2$ laty. Obecnie żali się chora na bole dołem brzucha od ostatniego porodu, parcie na mocz i wypadanie macicy mniej więcej od tego samego czasu.

Badanie przedmiotowe wykazało, co następuje:

Chora wzrostu nizkiego, budowy i odżywienia lichego. Na szyi guz wielkości mandarynki, poruszający się przy połykaniu, własnościami odpowiadający powiększonemu gruczołowi tarczowemu. Sutki bez zmian. Płuca i serce w granicach fizyologicznych, przy opukiwaniu ani osłuchiwaniu zmian wybitniejszych nie przedstawiają. Tętno równe, 76/min. Brzuch o powłokach wiotkich, narządy jamy brzusznej prawidłowe, niema żadnych guzów ani też oporów nieprawidłowych, wypuk prawidłowy. Gruczoły pachwinowe macalne.

Badanie wewnętrzne: Srom wieloródki, z szerokiej szpary sromowej, w linii środkowej przedniej ściany pochwy, wypukla się guz wielkości małej pięści, pokryty błoną śluzową pochwy, barwy żywo-czerwonej. Na części najwięcej wypuklonej guza owrzodzenie wielkości monety guldenowej, o brzegach nierównych, miernie głębokie; ponad owrzodzeniem widać ujście cewki moczowej, zniekształtnione w ten sposób, że tylna jej ściana jest ku przodowi wyciągnięta, ścieńczała, a jej wewnętrzna powierzchnia jest widoczna i stanowi kształt półksiężyca.

Przy dotykaniu guz twardy, nie chełboczący, niebolesny, wykazuje drobne guzki wtórorzędne pod błoną śluzową, nadające mu nierówną powierzchnię. W całości guz ruchomy, wobec otoczenia przesuwalny, daje się od boków i od tyłu obejść palcem, od przodu zaś nie, co stwierdza, że guz ten szeroką szypułą wychodzi z przedniej ściany pochwy, a górną swą powierzchnią ściśle sięga aż do cewki moczowej. Dalsze badanie wykazuje tylną ścianę pochwy prawidłową, a macicę wielkości i zbitości prawidłowej, ku tyłowi odchyloną. Przydatki macicy zmian żadnych nie okazują.

Aczkolwiek na pierwsze wejrzenie sprawa chorobowa przedstawiała się jako klasyczne wypadnięcie przedniej ściany pochwy z następowem owrzodzeniem, to jednak dalsze badanie wyraźnie przemawiało za nowotworem pochwy, a nie za samem tylko wypadnięciem. O ile zatem badanie dało niemal pewne rozpoznanie, że mamy do czynienia z nowotworem pochwy, to wspomniana powyżej nierówna powierzchnia guza i owrzodzenie na jego szczycie nasuwało poważne wątpliwości co do jego łagodności, a rozstrzygnięcie tego pytania miało doniosłe znaczenie ze względu na ewentualny plan operacyjny. Postanowiono zatem wycięcie części guza w miejscu owrzodzenia celem dokonania badania drobnowidowego, a tymczasem rozpoznanie kliniczne brzmiało: Neoplasma parietis anterioris vaginae. Struma.

Badanie drobnowidowe wyciętych części z miejsca owrzodzenia wykazało tkankę ziarninową wyraźnie różnicującą się; dużo naczyń krwionośnych o ścianach nieco ścieńczałych; w głębszych warstwach obrzękła tkanka, zawierająca nieliczne włókna mięsne i łącznotkankowe; złośliwego utkania w częściach badanych nie stwierdzono.

Ponieważ jednak części badane były wzięte tylko z owrzodzenia, badanie nie usunęło wątpliwości, czy też w głębi guza nie ma miejsca, od którego złośliwe bujanie się rozpoczyna, Wobec tego postanowiono guz odjąć w granicach zdrowej tkanki, przynajmniej na 2 cm szerokiej, jak to Fritsch podaje dla nowotworów złośliwych pochwy, a dopiero, gdyby badanie dokładne całego guza wykazało bujanie złośliwe, następowo przystąpić do wyłuszczenia zajętych prawdopodobnie w takim razie gruczołów pachwinowych.

W ten też sposób operowano. Po odpowiedniem przygotowaniu chorej poprowadzono cięcie eliptyczne dokoła podstawy guza w granicach zdrowej tkanki. Po bokach i od tyłu wyłuszczanie guza nie przedstawiało żadnych trudności; od przodu zaś zabrano i dolną część cewki moczowej, do czego tem chętniej przystąpiono, że tylna jej ściana z powodu bardzo znacznego ścieńczenia przedstawiała technicznie w odpreparowaniu jej od guza trudności prawie nie do przezwyciężenia. Brzegi rany w dole zeszyto szwami katgutowymi węzełkowymi, cewkę moczową obszyto na cewniku w ten sposób, że szwami katgutowymi, również węzełkowymi, połączono jej błonę śluzową z błoną śluzową przedsionka sromu. Założono do pęcherza cewnik miękki Petzera, a do pochwy seton z gazy kseroformowej na 24 godzin.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy; po wyjęciu cewnika chora oddaje sama mocz prawidłowo, bólów niema żadnych, stan bezgorączkowy. Po 10 dniach usunięto nie wessane części katgutu; rana w górnej części zagojona doraźnie, w dolnej części na długości 2—3 cm brzegi rany rozeszły się i gojenie następowe. W 3 tygodnie po operacyi pacyentka opuściła klinikę zdrowa.

Dokładne badanie drobnowidowe całego guza dało następujący wynik:

Guz cały pokryty jest nabłonkiem wielowarstwowym, a odcinającym się wszędzie ostro od tkanki, leżącej pod nabłonkiem. W miejscu powyżej opisanego ubytku (owrzodzenia) nabłonka niema, a ubytek wypełniony jest częściowo skrzepami krwi, częściowo zaś dno jego stanowi tkanka ziarninowa. Tkanka ziarninowa przechodzi dalej ku środkowi w utkanie guza. Guz sam składa się przeważnie z włóknistej, obficie komórkowej tkanki łącznej z niewielką domieszką włókien mięsnych gładkich. Tkanka ta zawiera dużo naczyń krwionośnych, poroszerzanych i krwią wypełnionych, dookoła zaś naczyń miejscami nawet obfite nacieki drobnokomórkowe. Oprócz tego widzimy, że partye guza, leżące pod nabłonkiem, są w wysokim stopniu obrzękłe, tak że poszczególne włókna mięsne i łącznotkankowe są porozrywane; i tu również spotykamy wiele nacieków drobnokomórkowych. Podobne ogniska obrzękłej tkanki, przypominające tkankę śluzową, widzimy i wśród głębszych warstw guza. Elementów gruczołowych nigdzie nie stwierdzono.

Badanie zatem dało obraz włókniako-mięśniaka z bardzo wielu ogniskami zapalnemi. Nadmienić przytem należy, że co do elementów gruczołowych, to chcąc mieć ile możności pewną odpowiedź, czy one wśród utkania guza są, czy też ich niema, wzięto do badania skrawki z wielu i rozmaitych miejsc guza.

Aby należycie wartość kazuistyczną niniejszego przypadku przedstawić, należy sobie zdać sprawę z tego, że nowotwory pochwy stanowią w porównaniu n. p. z nowotworami macicy schorzenie względnie rzadkie, a jeszcze rzadsze są nowotwory niezłośliwe. I tak Veit w swym dużym podręczniku chorób kobiecych podaje zestawienie Breiskyego 58 przypadków, do którego to zestawienia dodaje kilkanaście przypadków kazuistycznie ogłaszanych. Według pracy Gieseckego »O włókniako-mięśniakach pochwy« dwie są prace zbiorowe, nawzajem się historycznie uzupełniające, które obok zestawień, podanych przez Veita, mogą stanowić podstawę do zdania sobie sprawy z częstości wspomnianych guzów. Autorem pierwszej jest Kleinwächter, który zebrał z piśmiennictwa wszystkie znane mu przypadki do r. 1882 (razem ze swymi trzema 53 przypadków); druga praca Renego Müllera podaje dalsze przypadki do r. 1905 w liczbie 112; dalsze zestawienie 30 przypadków, ogłoszonych do r. 1915, podaje Giesecke w swej pracy. Gdy się do trzech tych zestawień doda zestawienia Veita i Breiskyego, które z powodu odmiennych nazwisk w nich zawartych, nie są — zdaje się — z niemi identyczne, to widzimy, że w piśmiennictwie całem spotykamy do 300 zaledwie przypadków omawianej sprawy chorobowej. Dodać muszę, że, uwzględniając piśmiennictwo polskie, o pracach Zubrzyckiego i Ehrlicha nie wspominam dlatego, gdyż sądzę, że przypadki tych autorów należą do grupy nowotworów sromu.

W podanej powyżej liczbie 300 mieszczą się wszystkie nowotwory łagodne, a więc włókniaki, mięśniaki, włókniako-mięśniaki i in. Co do mięśniaków pochwy, to rzadkie ich pier-

wotne pojawianie się w tem miejscu jest zrozumiałe, jeśli się uwzględni, że i samej tkanki mięsnej w tym narządzie jest niewiele; ciekawą jednak jest rzadkość włókniaków w porównaniu n. p. z włókniakami macicy, gdy tej tkanki w pochwie stosunkowo nie brak. I jedna i druga tkanka najwięcej jest nagromadzona w przedniej ścianie pochwy, tam też najczęściej są powyższe guzy usadowione. Guzy te nie dochodzą do znacznych rozmiarów; za tem przemawia większość ogłoszonych przypadków, z wyjątkiem kilkunastu przypadków, które swą rzadkością twierdzenie powyższe ustalają. Są to n. p. przypadek Scharpenacka, w którym u pierwiastki 25-letniej przeszkodę porodową stanowił ogromny włókniak (»fibroma molluscum« Virchowa); przypadek Halbana, gdzie u 36-letniej dziewicy całe światło pochwy było wypełnione włókniakiem wielkości pięści, który sprawiał głównie trudności przy oddawaniu moczu; w przypadku Rosenbergera włókniak wypełniał całą miednicę małą i wywoływał objawy uwięźnięcia.

Doszedłszy do pewnych rozmiarów, nowotwory pochwy albo wypadają przed srom i nabierają odrębnych cech, albo rozwijają się w głąb miednicy, czem wywołują zupełnie inne objawy i następstwa. Guzy, występujące na zewnątrz, imponując jako wypadnięcie pochwy, mogą być albo rozlane w tkance podśluzowej pochwy i wtedy mogą przedstawiać technicznie trudności operacyjne, albo mogą być ograniczone, ale usadowione na szerokiej podstawie, albo wreszcie są to guzy najrzadsze, uszypułowane, do których niniejszy przypadek należy, przyczem pod względem operacyjnym nie przedstawiają żadnych trudności. Usadowienie guza pod cewką moczową pociąga za sobą w miarę rozwoju zmiany ujścia cewki moczowej i objawy ciągłego parcia na mocz; tasama przyczyna sprawia, że guzy te, ciągle moczem zlewane, łatwo w następstwie wrzodzieją i cuchną; owrzodzenia niejednokrotnie stanowiły słuszną podstawę do podejrzenia co do przyrody guza. Nadmienić należy, że czasem takie guzy obrzękają, wskutek czego mogą okazywać pozorne chełbotanie, czem naśladują torbiele, jak to miało miejsce n. p. w przypadkach Münchmeyera i Hofmokla, którzy guzy takie z wynikiem ujemnym nakłuwali. Wypadnięte przed pochwę i rozlane guzy były niejednokrotnie mylnie rozpoznawane i leczone krążkami. Guzy, usadowione na tylnej ścianie pochwy, wypadając, mogą pociągać odbytnicę.

O ile w przypadkach powyższych chore zgłaszają się zwykle z powodu objawów ze strony pęcherza moczowego lub odbytnicy, o tyle guzy nie wypadnięte, a rozwijające się w głąb miednicy, mogą się rozwijać niepostrzeżenie i dawać objawy dopiero w okresie ciąży, porodu lub połogu. Szczególnie w czasie porodu mogą stanowić poważną przeszkodę, jak w przypadku Cordara, gdzie u wieloródki, która przedtem prawidłowo rodziła, nastąpiło podczas następnego porodu pęknięcie macicy wskutek włókniaka lewej ściany pochwy, lub w przypadku Scharpenacka, gdzie włókniak pochwy dał wskazanie do wymóżdżenia.

Podobnie przeszkodę porodową stanowił włókniako-mięśniak, opisany przez Schestopala, wychodzący z prawej ściany pochwy, tu jednak przeszkodę porodową udało się zrównoważyć kleszczami. Mając na uwadze powyższe względy w czasie porodu, radził Veit guzy takie, o ile są stwierdzone w ciąży, usunąć »na początku lub przed początkiem porodu«. Oddzielne zupełnie miejsce w kazuistyce łagodnych nowotworów pochwy stanowi wspomniany powyżej przypadek Halbana, jedyny w swoim rodzaju: 36-letnia dziewica na sześć lat przed leczeniem z powodu włókniaka pochwy przebyła wycięcie prawej nerki z powodu wodonercza. Gdy ją w sześć lat później operowano z powodu włókniaka pochwy wielkości pięści, okazało się z anatomicznych stosunków pola operacyjnego, a mianowicie ze stosunku guza do prawego moczowodu, że guz ten z wszelkiem prawdopodobieństwem już przed sześciu laty uciskał moczowód; jednak wówczas nie była chora badana wewnętrznie.

Przypadki Kröniga i Wernitza zasługują na wzmiankę w niniejszej pracy o tyle, że są prawie identyczne z przypadkiem przezemnie podanym.

Fabricius i Aman opisali przypadki równoczesnego wystąpienia włókniaków macicy i pochwy.

Prawie we wszystkich przypadkach rokowanie było dobre, a leczenie zawsze operacyjne, przyczem przebieg operacyi stanowił skalę od bardzo łatwego podwiązania guza uszypułowanego, aż do bardzo trudnego technicznie wyłuszczenia guzów rozlanych lub głęboko w tkankę łączną miednicy małej wrosłych, z oczywistem w takich razach odsłonięciem większych naczyń i narządów tejże okolicy. Operacyę ułatwia i ta okoliczność, że guzy te występują zwykle pojedynczo, choć i pod tym względem nie brak wyjątków, jak n. p. opisany przez Torglera przypadek równoczesnego wystąpienia kilku włókniaków pochwy.

Z powyższego zestawienia ogólnych cech łagodnych nowotworów pochwy i z wymienienia przypadków ciekawszych łatwo ocenić przypadek przezemnie podany.

W wywiadach uderzają głównie dwa szczegóły: Objawy ze strony pęcherza moczowego i datowanie się ich od ostatniego porodu. Objawy te wynikają z usadowienia się guza pod cewką moczową, pociąganą w miarę jego rozwoju; w tem też należy dopatrywać się przyczyny owrzodzenia, które nasunęło wątpliwości co do przyrody guza. Że zaś chora cierpienie swe zauważyła od czasu ostatniego porodu, możemy tem wytłómaczyć, że ciąża ostatnia — w myśl twierdzenia Bontina i Rongeta — wywołując ogólne przekrwienie narządów miednicy, wpłynęła korzystnie na rozwój guza.

Porody przebiegały prawidłowo mimo, że według wszelkiego prawdopodobieństwa guz istniał już przynajmniej w czasie ostatniego porodu; nie stanowił jednak przeszkody porodowej, gdyż z usadowienia jego wynikała raczej dążność do rozwoju na zewnątrz sromu, niż ku wnętrzu miednicy, a poród ostatni mógł się przyczynić do wysunięcia go przed szparę sromową, gdyż wtedy dopiero chora schorzenie swe zauważyła.

Wreszcie pod jednym względem przypadek niniejszy zasługuje na uwagę, mianowicie ze względu na pochodzenie omawianej sprawy, co do którego, jak wspomniałem na początku pracy, istnieje wiele poglądów. Wśród nich poważne w nauce stanowisko zajmuje zapatrywanie Recklingshausena, że łagodne nowotwory pochwy mogą wychodzić z resztek przewodów Wolffa i Müllera, szczególnie, jeśli zawierają w swej budowie składniki gruczołowe; stwierdzenie zatem tych składników miałoby tę tezę potwierdzić.

Jako na takie, zwraca Veit uwagę na przypadki Gossmana i Ita. Słusznie jednak inni autorowie, jak wspomniany w pracy Gieseckego Rene Müller, zauważają, że znalezienie tych składników gruczołowych nie jest konieczne dla odniesienia zapatrywania Recklingshausena do poszczególnych przypadków, gdyż składniki te, jako nieliczne, mogą ujść uwagi nawet przy dokładnem badaniu drobnowidowem; że natomiast za tem zapatrywaniem co do pochodzenia łagodnych nowotworów pochwy przemawia ogromna przewaga siedziby ich w linii środkowej przedniej lub tylnej ściany pochwy, gdzie stosunki embryogenetyczne są nader zawiłe.

W odniesieniu do powyższych poglądów w moim przypadku poddano guz w całości po odcięciu go specyalnie dokładnemu badaniu co do składników gruczołowych. Jak już wspomniałem, nie znaleziono ich; czy guz wcale ich nie zawierał, czy też mimo dokładnego badania uszły uwagi, trudno w przypadku moim odpowiedzieć; nie wyklucza to jednak pochodzenia z przewodu Wolffa, za czem, według Müllera, przemawia usadowienie guza w linii środkowej przedniej ściany pochwy.

Piśmiennictwo. 1) Veit: Handbuch der Gynaek. Tom III. Cz. I. str. 290—296. — 2) Krönig: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Tom XIV. str. 184. — 3) Cordaro: Zentralbl. f. Gyn. 1905. str. 762. — 4) Scharpenak: Tamże. 1905. str. 1328. — 5) Wernitz: Tamże. 1894. str. 632. — 6) Halban: Tamże. 1909. str. 572. — 7) Giesecke: Tamże. 1915. str. 81. — 8) Gossmann: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Tom XI. str. 460. — 9) Zubrzycki: Lwowski Tygodnik lek. 1910. Nr 41. — 10) Zubrzycki: Przegląd lek. 1916. Nr 1. — 11) Ehrlich: Lwowski Tygodnik lek. 1914. Nr 19, 20 i 21.

Jak wyzyskać dla walki z gruźlicą szpitale wojskowe, przeznaczone dla piersiowo chorych?

Podał

Dr Antoni Kuczewski (Zakopane).

Nie potrzeba chyba dowodzić, jakie znaczenie dla walki z gruźlicą posiada uświadamianie szerokich warstw ludności w tym kierunku. Wieloletnie doświadczenie i przykład w tym względzie Niemiec, Wielkobrytanii, a zwłaszcza Stanów Zjednoczonych Ameryki północnej wystarczą tu w zupełności. Nawet sanatoryum, nie mówiąc już o poradni (dyspensatoryum), rozpatrywane

z punktu widzenia społecznej walki z gruźlicą, zyskuje na znaczeniu w dużym stopniu dzięki temu, że chorych kształci, że w nich wpaja zasady zwalczania gruźlicy, że czyni z nich swojego rodzaju apostołów.

To samo, tylko w znacznie większej mierze, da się powiedzieć o zakładach wojskowych dla gruźliczych, które powstały w czasie obecnej wojny. Tysiące chorych z rozmaitych warstw męskiej ludności przechodzą przez nie. Wiek tych chorych waha się od 18 do 52 lat. Olbrzymia, niepraktykowana nigdy i nigdzie dotychczas mobilizacya wszystkich sił męskich do wojny powołała do szeregów również wszystkich zdolnych jeszcze do służby suchotników. Ogromna większość tych żołnierzy przeszła potem do szpitali wojskowych dla gruźliczych. Z całą pewnością twierdzić można, że nigdy jeszcze nie było tak licznego uruchomienia gruźliczych, takiego skupienia całych mas tego rodzaju chorych w specyalnych zakładach leczniczych, gdzie przebywają oni po większej części niedługo, ustępując po 2—3 miesiącach pobytu miejsca innym współkolegom. Przez szpitale wojskowe tego rodzaju przepływają przeto w ciągu trzech lat wojny nieustannie coraz to inne fale gruźliczych. Krótki czas pobytu chorych czyni zadanie lekarza pod względem leczniczym dość niewdzięcznem. Tembardziej należy wyzyskać ten czas dla celów wychowawczych i zapobiegawczych.

Po wojnie nigdy już z pewnością nie nadarzy się lepsza sposobność do pouczania i propagandy przeciwgruźliczej, popartej nadto czynem i przykładem w samym szpitalu. Żaden najgorliwszy bojownik z pod sztandaru walki z gruźlicą nie znajdzie bardziej dobranego i licznego audytoryum.

Dla poparcia swych teoretycznych pouczeń nigdzie nie znajdzie tak przekonywających dowodów, jak cały aparat leczniczo-higienicznych środków, stosowanych w należycie urządzonym i prowadzonym szpitalu wojskowym.

Dlatego przed każdym lekarzem, pracującym w tych zakładach wojskowych, otwiera się pole do działania w kierunku uświadamiania swych pacyentów, jak mają się zachowywać, aby uzyskać poprawę w stanie swego zdrowia i nie zarażać innych tak w czasie pobytu w wojsku, jak i po powrocie do domu.

W tym celu pragnąłbym podzielić się tutaj swem dwuletniem doświadczeniem, zebranem w szpitalu Czerwonego Krzyża (dawniejszym zakładzie Dr Chramca) w Zakopanem.

Mam oddział żołnierski, obliczony średnio na 120 chorych (130 latem, 110 zaś zimą), o gruźlicy nieczynnej. Inteligencya moich chorych jest różnoraka; poczynając od analfabetów, a kończąc na ludziach ze średniem wykształceniem. Przeważnie wszakże moi chorzy rekrutują się ze stanu włościańskiego, drobnomieszczańskiego i robotniczego. Co do narodowości, to mam chorych ze wszystkich krajów monarchii austryackiej, ale najwięcej, bo około 75%, Polaków i Rusinów z Galicyi i Bukowiny. Zrzadka trafiają się nawet Madziarzy. Porozumiewanie się z nimi jest dość trudne, zwłaszcza że Rumuni i Włosi nie rozumieją często nawet państwowego języka.

Szerzę swoją propagandę przeciwgruźliczą w języku polskim, zrozumiałym dla $^3/_4$ mych chorych (z dołączeniem do nich Czechów i t. zw. Bośniaków) i w niemieckim dla tych, kto po polsku nie rozumie. Prowadzę mą czynność w ten sposób, że 2 razy w miesiącu (tak często bowiem zmienia się skład chorych w naszym szpitalu) urządzam pogadanki z żołnierzami, starając się w nich wpoić zasady katechizmu przeciwgruźliczego. Uwzględniając stan inteligencyi słuchaczy, z zasady mówię krótko, nie wdając się w teoryę, starając się zwięźle wyłożyć istotę choroby, sposób, w jaki jej nabawili się, i niebezpieczeństwo zarażenia się (to szczególnie podkreślam), jakiem grożą i grozić będą swemu otoczeniu, jeżeli podanych wskazówek nie wypełnią. Unikam doprowadzania do znużenia swoich nieprzyzwyczajonych do słuchania pacyentów i dlatego ograniczam swój wykład zwykle do 20—25 minut. Ale następnych dni w czasie odwiedzania chorych w ich salach i pokojach przepytuję każdego żołnierza, zadając mu po kilka z niżej przytoczonych pytań. Przepytywanie to odbywa się naturalnie wobec innych chorych. Jeżeli ktoś nie umie odpowiedzieć, albo odpowiada błędnie, wyręcza go w tem któryś z towarzyszy. Przekonałem się, że w ten sposób żołnierze dość łatwo przyswajają sobie zasady katechizmu przeciwgruźliczego.

Na co kładę nacisk, najlepiej wyjaśnią główne pytania, które zadaję chorym. A więc: Na coś chory? Dlaczego gruźlica płuc jest zakaźną? Gdzie głównie kryje się zaraza? Dlaczego należy pluć tylko do spluwaczki? Jak należy sprzątać kurz z podłóg i ze sprzętów? Czy można rzucać gdzie się da niedopałki cygar i papierosów? Co masz czynić przy kaszlaniu? Jak często masz myć ręce? Czy należy czyścić zęby? Dlaczego jest szkodliwem sypianie z innymi w jednem łóżku? Dlaczego nie należy jadać z innymi z jednego naczynia i jedną łyżką? Dlaczego nie należy palić z cudzej fajki albo papierosa, który był w cudzych ustach? Co najlepiej zabija zarazki i chroni od gruźlicy? Jak należy urządzić mieszkanie, aby jak najbardziej zabezpieczyć się od zachorowania na gruźlicę? Dlaczego należy często przewietrzać mieszkanie i pościel? Dlaczego należy utrzymywać w jak największej czystości twoje ciało? Jak często należy zmieniać bieliznę? Dlaczego picie wódki jest szkodliwe? Gdzie poza plwociną może kryć się jeszcze zarazek gruźlicy? Co należy czynić z mlekiem krowiem, aby uniknąć gruźlicy?

Poza tem byłbym ogromnie za tem, aby we wszystkich szpitalach wojskowych, przeznaczonych dla gruźliczych, w każdej sali i w każdym pokoju obok napisów, zakazujących plucia na podłogę i palenia, był na najwidoczniejszem miejscu wywieszony conajmniej jeden plakat wielkości kwadratowego arkusza rozmiarów 50 cm × 50 cm, na którym wyraźnie, dużym tłustym drukiem byłyby umieszczone 12 rad przeciwgruźliczych:

1. Nie pluj na ziemię, ani na podłogę, ani do chusteczki i nie połykaj plwociny, bo plwocina często zawiera zarazki.
2. Pluj tylko do spluwaczki z wodą czystą lub karbolową.
3. Nie wyrzucaj na ziemię, ani na podłogę niedopałków papierosów i cygar.
4. Przy kaszlu zasłaniaj usta chusteczką lub ręką.
5. Światło słoneczne i czyste powietrze chronią od suchot. Przewietrzaj więc codziennie mieszkanie i pościel.
6. Utrzymuj w czystości swoje ciało: kąp się i zmieniaj bieliznę przynajmniej raz w tygodniu.
7. Myj ręce przed każdem jedzeniem, płucz usta po jedzeniu; czyść zęby przynajmniej raz na dzień wieczorem.
8. Zamiataj podłogę i wycieraj kurze tylko na wilgotno, bo kurz zawiera zarazki.
9. Nie sypiaj z innymi w jednem łóżku, nie pij i nie jedz z jednego naczynia, ani też jedną łyżką.
10. Nie pozwalaj dzieciom brać do ust przedmiotów, podniesionych z ziemi i nigdy nie całuj ich w usta.
11. Nie używaj innego mleka, jak przegotowane, zwłaszcza dla dzieci.
12. Dbaj o dobre pożywienie i nie pij wódki, bo niedostateczne odżywianie i pijaństwo sprzyjają powstawaniu suchot.

Byłbym za tem, aby te same rady przeciwgruźlicze, wydrukowane w ojczystym języku chorego, były mu doręczane n. p. przy opuszczeniu szpitala.

Teraz zachodzi pytanie, kto i w jaki sposób ma przygotować wydanie drukiem i rozpowszechnienie wymienionych wskazówek i rad. Jestem zdania, że powinien ująć to w swoje ręce tak centralny urząd, jak c. i k. Ministerstwo wojny. Koszta wydania tysięcy egzemplarzy i koszta rozesłania ich przez władzę centralną zmniejszyłyby się znacznie. Nadto nada się całej akcyi planowość, systematyczność i jednolitość.

W końcu r. 1915 Ministerstwo wojny rozesłało wprawdzie pod l. 278315 t. zw. »Wskazówki przeciwgruźlicze«, ale w bardzo małej ilości i tylko raz jeden.

Jestem pewny, że należyte uświadomienie w kierunku przeciwgruźliczym tych tysięcy chorych żołnierzy, które przepływają przez szpitale dla gruźliczych, ułatwi w znacznej mierze walkę z gruźlicą po zawarciu pokoju.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 25 kwietnia 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Meisels i zaproszony prof. Cieszyński.

1. W sprawie zażalenia technika dent. p. R. przeciw Dr A. W. we L. z powodu wydania żonie świadectwa odbytej praktyki techniczno-dentystycznej, oraz z powodu używania przez tegoż Dr M. W. tytułu »technik dentysta«, uchwalono po wysłuchaniu zdania profesora dentystyki Dr Cieszyńskiego zawiadomić gremium techników dent., że na podstawie § 2 i § 5 rozp. Min. handlu w porozumieniu z Min. spr. wewn. z 20. III. 1892 ma prawo lekarz dentysta wydawania świadectw z odbytej praktyki tech-

niczno-dentystycznej, oraz używania tytułu »technik-dentysta«. Natomiast technicy dentystyczni mogą używać tylko tytułu »technik dentystyczny«. Wobec tego Wydział Izby nie widzi powodu kwestyonowania w mowie będącego świadectwa.

2. Przy tej sposobności podnosi prof. Dr Cieszyński, że byłoby pożądanem, ażeby Izba lek. poleciła odtąd lekarzom tytułować się nie krótko »dentysta«, lecz »lekarz-dentysta«, i aby fizykat miejski zarządził, by technicy w myśl ustawy używali tytułu: »technik dentystyczny«. Także powinien fizykat zwrócić pilniejszą uwagę na nadużycia techników dentystycznych, którzy zwłaszcza teraz pod nieobecność wielu lekarzy dentystów, wykonują prawie wszystkie operacye w jamie ustnej.

3. Załatwiono przychylnie wnioski kredytowe.

4. Odpisano Dr M. S. z Z. opłatę Izbową za r. 1915 z powodu, że uiścił opłatę w Izbie czeskiej, zaś Dr I. R. ze L. uchwalono odpisać, że o zaniechaniu praktyki lekarskiej powinien był urzędowo zawiadomić Wydział Izby, jak także usunąć wywieszkę na swem mieszkaniu.

5. Przyjęto do wiadomości podziękowanie Dr A. K. za skuteczną interwencyę Wydziału Izby w sprawie jego pretensyi za szczepienie.

6. Pismo Izby lek. salzburskiej w sprawie odpisów historyi chorób dla towarzystw ubezp. od wypadków oddano Dr Kohlbergerowi do referatu.

7. Rozpatrzono i zaopiniowano podania o koncesyę na nową aptekę w Drohobyczu.

V. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 9 maja 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Meisels.

1. Odczytano pismo Starostwa w Rawie ruskiej w sprawie braku lekarzy w Rawskim powiecie i uchwalono umieścić ogłoszenie w »Przeglądzie lek.«

2. Przyjęto do wiad. pismo Dr O. L. ze Lw., że z dniem 29. II. 1916 zaniechał praktyki lek. i uchwalono zażądać usunięcia wywieszki na jego mieszkaniu.

3. Uchwalono poprzeć w c. k. Namiestnictwie załatwienie rachunków Dr. R. P. z B.

4. Przyjęto do wiadomości pismo Dr Ernesta Rittera z Wiednia w sprawie wynagrodzenia za sporządzenie taryf asekuracyjnych dla kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach.

5. Odczytano pismo Izby lek. zachodnio-galic. w sprawie administracyi sanit. Galicyi i uchwalono odpowiedni referat przesłać do podpisu Towarzystwom lekarskim w Galicyi, a następnie wysłać do Koła polskiego.

6. Uwolniono od opłat Izbowych Dr I. K. obecnie w Lublinie za czas wojny od połowy, Dr O. H. z D. tak samo, Dr O. R. z S. za lata 1915, 1916 i 1917 od połowy; a Dr S. G. z L. uchwalono odpisać połowę opłat za l. 1911—1914, zaś za lata 1915, 1916 i 1917 zażądać opłaty w całości.

7. Prezydent odczytuje wykaz zaległych opłat Izbowych, których suma ogólna dochodzi do 4—5 tysięcy koron, — przyczem okazało się, że niektórzy lekarze mimo licznych upomnień zalegają z opłatami od kilkunastu lat. Uchwalono przesłać wszystkim tym lekarzom dokładny wykaz ich zaległości i zażądać wyrównania tychże pod zagrożeniem egzekucyi.

8. Zaopiniowano kilka wniosków kredytowych.

9. Odczytano pismo Dr A. B. lekarza okręgowego w R., któremu Wydział powiat. w D. zamknął pensyę z dniem jego powołania do wojska i rozpisał konkurs na tę posadę, a Wydział kraj. odesłał na drogę prawa. Uchwalono wysłać do Wydziału kraj. przedstawienie. Przy tej sposobności uchwalono umieścić w »Przeglądzie lek.« odezwę do lekarzy, aby posad opuszczonych przez lekarzy wskutek powołania do służby wojskowej nie obejmowali na stałe, tylko w charakterze zastępców na czas wojny pod zagrożeniem dochodzenia dyscyplinarnego.

VI. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 23 maja 1917.

Obecni: prezydent Dr Papée, wiceprez. Dr Kohlberger członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg Meisels.

1. W sprawie administracyi sanitarnej w wyodrębnionej Galicyi uchwalono zreasumować uchwałę z 9 maja i odpowiedzieć Izbie krak., że obecna chwila nie nadaje się do ponawiania sprawy wobec zmiany stosunków politycznych.

2. Prezydent podaje do wiadomości, że c. k. Namiestnictwo

wyasygnowało kwotę kor. 4222·50, jako półroczny zasiłek z tytułu zwalczania epidemii.

3. Odczytano zaproszenie na posiedzenie Kraj. Rady zdrowia, mające się odbyć 26 maja 1917.

4. C. k. Namiestnictwo zawiadamia, że udzieliło pozwolenia Dr Stanisławowi Dekańskiemu w Medyce na utrzymywanie apteki domowej bez konkursu ze względu, że poprzednik jego miał już koncesyę na tę aptekę.

5· Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie podpisania VI pożyczki wojennej. Uchwalono z powodu braku funszów i z powodu, że Izba już wzięła udział w pożyczce wojennej IV kwotą 40.000 kor., nie brać udziału w tej nowej pożyczce.

6. Odczytano i przyjęto do wiad. pismo Wydziału wykonawczego, że sprawa poborów lekarzy, powołanych czasowo do wojska, została uregulowana rozporządzeniem Minist. z 28 kwiet. br. L. 74.

7. Zaopiniowano wnioski kredytowe.

8. Uwolniono chirurga M. E. z N. od $^2/_3$ opłat Izbowych za ubiegłe lata, a Dr B. P. z B. opuszczono zaległość z 18 kor. na 9 kor.

9. Udzielono zapomogi następującym żonom, wdowom i sierotom po lekarzach:

Leon Wehrn 100 kor., Paulina Solażyk 50 kor., Marya Szydłowska 100 kor., Antonina Galusińska 100 kor., Adela Szczepańska 100 kor., Otylia Świderska 100 kor., Marya Mochowa 100 kor., Zofia Rab 50 kor., Walerya Budzynowska 50 kor., Natalia Rödlówna 50 kor., Marya Schmidtowa 100 kor., Marya Orzechowska 100 kor., Róża Dortheimer 100 kor., Zofia Romaszkan 50 kor., Stefania Wachnianin 100 kor., Julia Reichowa 50 kor., Zofia Eisenstein 100 kor., Paulina Gobieńska 50 kor., Eleonora Kumerówna 50 kor., Marya Jasilkowska 50 kor., Józefa Hirszhorn 50 kor., Klara Hirschhorn 100 kor., Sydonia Tyllowa 50 kor., Ludwika Nowosadowa 100 kor., Olga Hlebowicka 50 kor., Felicya Dubanowicz 50 kor., Zofia Szamedówna 100 kor., Wanda Michalik 100 kor., Bronisława Maciulska 50.

10. Referent Dr Meisels odczytuje projekt pisma do Wydziału kraj. w sprawie zamknięcia pensyi lekarzowi okręg. Dr A. B. z R. Referat przyjęto.

11. Odczytano zażalenie prof. Dr R. na chirurga S. K. obecnie w L. z powodu, że tenże lecząc chore na dyfteryę dziecko, nie rozpoznał w czas choroby i nie wstrzyknął surowicy wskutek czego dziecko umarło. Uchwalono wezwać obie strony celem przesłuchania.

12. Zaopiniowano podanie o koncesyę na aptekę w Drohobyczu.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 31. X. posiedzenie, na którem przyjęto wnioski komisyi w sprawie walki z gruźlicą, poczem kol. Rychliński przedstawił operowany przypadek krwiaka macicznego i jajowodowego, a kol. Laskiewicz ciekawy przypadek uszkodzenia podstawy czaszki. W dyskusyi przemawiali kol. prof. Braun, prof. Gliński, Laskiewicz, Michejda, Rychliński, doc. Zubrzycki.

Następne posiedzenie będzie posiedzeniem klinicznem, a odbędzie się 7. XI. w klinice chirurgicznej.

W niedzielę 28. X. zwiedziła druga grupa członków Towarzystwa nowe miejskie zakłady sanitarne, oprowadzana przez naczelnego lekarza miasta, kol. doc. Janiszewskiego.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska podaje do wiadomości wezwanie »Wojennego Związku przemysłu bawełnianego« do jaknajwiększej oszczędności środków opatrunkowych. Stosownie do rozporządzenia ministerstwa z 13. V. 1917. Dpp. Nr 211 należy używane opatrunki gromadzić, a po odkażeniu, oczyszczeniu i przeróbce w fabrykach materyał ten ponownie się używa, poczem znowu ma być przerobiony i użyty, gdyż stanowi on dziś jedyny już zapas. Szpitale, kasy chorych i t. p. otrzymały już instrukcye, jak mają ze starymi opatrunkami postępować; stare opatrunki z praktyki prywatnej powinni lekarze oddawać do najbliższego szpitala.

Warszawa. Nagrodę im. Helbicha przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie doc. Dr J. Pruszyńskiemu za prace, ogłoszone w r. 1916 w »Gazecie lekarskiej«.

— Z powodu rocznicy Kościuszkowskiej ogłosiło Warszawskie Towarzystwo higieniczne konkurs na rozprawkę ludową z dziedziny higieny. Rozprawka ma obejmować następujące rozdziały: Charakterystyka Kościuszki, jako przyjaciela ludu. Czystość osobista, w mieszkaniu i zagrodzie. Higiena mieszkania. Higiena żywienia. Higiena odzieży. Szkodliwość dla zdrowia przesądów i zabobonów. Rozmiary rozprawki mają wynosić 1—$1^1/_2$ arkusza druku. Prace konkursowe nadsyłać należy do Towarzystwa higienicznego warsz. (Karowa 31).

— Jak donoszą dzienniki, wykłady higieny i bakteryologii w Uniwersytecie warszawskim obejmuje Dr Stanisław Serkowski.

— »Gazeta lekarska« (Nr 43) donosi, że w Departamencie spraw wewnętrznych T. Rady Stanu szefem Wydziału zdrowia publicznego jest Dr Witold Chodźko, a referentami tego Wydziału zostali mianowani Dr T. Borzęcki (zdrojowiska), Dr W. Kamiński (zwalczanie chorób wenerycznych), Dr S. Kopczyński (higiena szkolna), Dr chem. Weil (farmacya), mg. wet. Dzięciołowski (weterynarya). Przy Wydziale działa od 1. VIII. b. r. jako organ doradczy Tymczasowa Rada lekarska, do której należą: Dr J. Jaworski, prof. Mazurkiewicz, Dr Paszkiewicz, Rzętkowski, Serkowski, Szumlański, mg. farm. Koskowski, a jako przedstawiciel wojska Dr S. Rudzki.

— Przed wojną zapadało w całem Królestwie polskiem na dur osutkowy około 1200 osób rocznie. W r. 1915/6 objęła epidemia, w końcu stłumiona, 14354 przypadków († 1357), a w ciągu półrocza 1917 — 12982 przypadków († 1008) w samej tylko okupacyi niemieckiej, więc w połowie Królestwa, a to mimo, że działa tam 158 odwszawiarni, 300 domów izolacyjnych i 193 kamer dezynfekcyjnych. Zestawiwszy te cyfry, dodaje »Gazeta lekarska« (43): »Fakty te dowodzą niezbicie, do jakiego stopnia zawodne są jednostronne sposoby walki z chorobami zakaźnemi w chwili ogólnego upośledzenia odżywiania i wygładzania kraju. Ochrona pozostałej ludności od śmierci głodowej i następstw głodu — oto najważniejsze zadanie nowego rządu polskiego«.

Zmarli: Dr Kazimierz Niedzielski, autor szeregu prac chirurgicznych oraz historycznych, w 54 r. ż., w Warszawie, Dr Julian Majkowski w Warszawie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę dnia 7. listopada 1917 o godz. 6 wieczór w **klinice chirurgicznej (ul. Kopernika 40).** — Porządek dzienny: 1. Wybór komisyi przedwyborczej. 2. Dr Michejda: Z dziedziny leczenia gruźlicy kręgosłupa (z przedstawieniem chorych). 3. Dr Jaworski: Przedstawienie przypadków przetok kałowych i ich leczenie. 4. Dr Hładij: a) Uwagi o leczeniu tętniaków urazowych. b) Przedstawienie chorych z dziedziny plastyki, chirurgii przewodu pokarmowego, narządu moczowego.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 45. Kraków, 10. listopada 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują **w Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, **w Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 10. listopada 1917. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

W sprawie techniki amputacyi uda w chirurgii wojennej [1]).

Podał

Prof. Dr Roman Barącz we Lwowie.

W chirurgii wojennej dają powód do amputacyi uda, jak wiadomo: ropowica gazowa ze zgorzelą, tężec, zgruchotania postrzałowe kości udowej z septyczną ropowicą, nagłe krwotoki z nadżartej tętnicy udowej przy posokowatych ropowicach w przypadkach postrzałów uda, naczynio-poraźna zgorzel przy zmarznięciach całej goleni, a wreszcie granatami spowodowane odstrzelenia uda.

Jak wiadomo, polecił Kausch [2]) w r. 1910 przy zgorzeli (osobliwie u osób dotkniętych cukrzycą) amputacyę w jednej płaszczyznie z odsłonięciem całej rany. Przez odjęcie części miękkich i kości w jednej płaszczyznie unika się tworzenia zaułków w ranie i przez to ma się zapobiegać postępowi zgorzeli.

Części miękkie po tym zabiegu poleca Kausch przedłużyć zapomocą przyrządu wyciągowego, ażeby w ten sposób pokryć sterczącą kość, ewent. poleca wykonywać reamputacyę.

Metoda ta uzyskała sobie w chirurgii wojennej prawo obywatelstwa, osobliwie po poleceniu jej przez znanego chirurga wojennego W. v. Öttingena [3]), jako linijna amputacya Kauscha. Zamiast stosowania przyrządu wyciągowego poleca v. Öttingen w ten sposób części miękkie przesunąć ponad sterczącą kość, że mastisolem przytwierdza do skóry dwie lub 4 opaski, które potem wiąże ponad sterczącym kikutem kostnym, pokrytym zmiętą gazą; w ten sposób daje się czasem uniknąć powtórnej amputacyi. W większości jednak przypadków uniknąć się ona nie daje.

W celu uniknięcia jej podał nawet Rydygier [4]) metodę przeszczepiania skóry na sterczący kikut kostny zapomocą mostowego płatu, wziętego z przedniej części uda i uzyskał w 2 przypadkach dobre wyniki. Także I. F. S. Esser [5]) podał niezależnie od Rydygiera podobną metodę, odstąpił jednak od niej, ponieważ, zdaniem jego, bliznowato zmienione utkanie przedstawia złe stosunki odżywiania; używa on do pokrycia kikutów kostnych płatów skórnotłuszczowych uszypułowanych i okręconych, wziętych z sąsiedztwa rany albo z drugiego uda.

[1]) Wykład na Zjeździe lekarzy polowych II. Armii we Lwowie w dyskusyi nad amputacyą 20. 2. 1917.

[2]) W. Kausch. Zur Technik der Amputation bei Gangrän und Phlegmone (Diabetes). Münch. m. Woch. 1910, Nr 34.

[3]) Berl. kl. Woch. 1911 Nr 17.

[4]) Przegląd lek. 1916 Nr 2, Zentralbl. f. Chir. 1916 Nr 8 i Wiener kl. Woch. 1916 Nr 19.

[5]) Militärarzt 1916 Nr 18 i ref. w Zentr. f. Chir. 1916 Nr 46 str. 923.

Ponieważ spostrzegałem kilka przypadków, operowanych gdzieindziej zapomocą linijnej amputacyi, w przypadkach tych zawsze zauważyłem bardzo długi przebieg gojenia, w każdym z nich musiałem wykonać reamputacyę, reamputacyi zaś za mało znaczący i nieszkodliwy zabieg uważać nie można, gdyż po niej występuje wprawdzie przemijająco, zawsze jednak silny odczyn zapalny i gwałtowne objawy podrażnienia rany (następstwa powtórnego zakażenia zdrowych tkanek), — przeto postanowiłem w przyszłych przypadkach amputacyi uda użyć zamiast linijnej, metody płatowej, i to płatów skórnomięśniowych zapomocą wykłucia od wewnątrz na zewnątrz [6]). Ponieważ jednak przekonałem się, że przy zwyczajnej metodzie transfiksyi skóra o wiele więcej się kurczy, aniżeli mięśnie i mięśnie zwyczajnie sterczą poza brzeg skóry, starałem się temu zapobiedz przez wytworzenie małego rękawka ze skóry, który w następujący prosty sposób wytwarzałem.

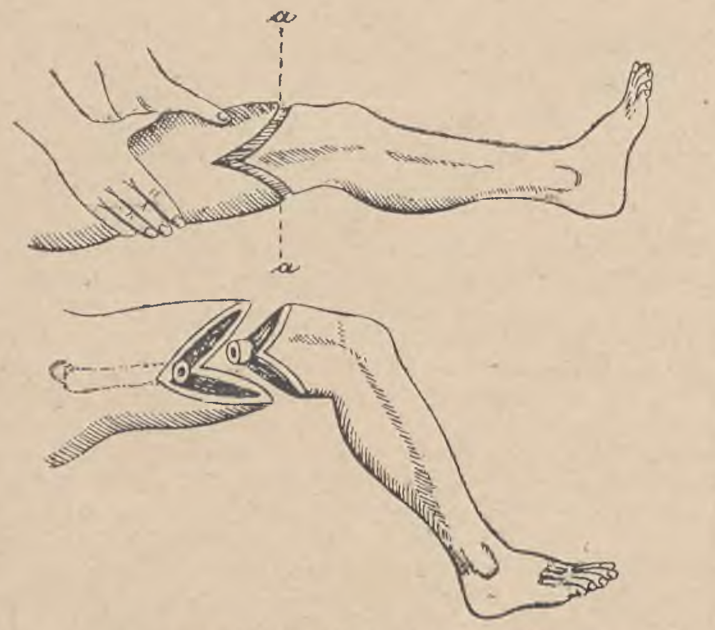
Po zastosowaniu sposobu zapobiegawczego przeciw krwotokowi (założenie silnego drenu na górną część uda) asystent obejmuje górną część uda oburącz i przesuwa skórę możliwie wysoko ku górze. Następnie oznacza się 2 punkty, jeden na zewnętrznej stronie, drugi na wewnętrznej stronie obwodu uda, jako punkty końcowe przyszłych płatów. Od punktu na bocznej stronie uda do drugiego na przyśrodkowej stronie prowadzi się zapomocą silnego skalpela łukowate, a raczej półowalne cięcie, sięgające przez skórę i tkankę podskórną aż do powięzi uda, najpierw na przednim obwodzie uda, a potem na tylnym, przez co wytwarza się dwa półowalne językowate płaty (przedni i tylny), które ponad powięzią są nieco przesuwalne. Jeżeli asystent skórę górnej części uda ciągle przesuwa ku górze, wtedy zapomocą kilku dotknięć skalpela można te płaty skórne tak uruchomić na podstawie, że o jakie $1^1/_2$ cm cofają się ku górze od brzegu rany. (Porównaj rysunek).

Podczas ciągłego przesunięcia skóry rękami asystenta ku górze chwyta operator lewą ręką części miękkie, unosi je nieco ponad kością udową, prawą zaś wkłuwa długi, kończysty obusieczny nóż amputacyjny w zewnętrznym kącie rany, prowadząc go płasko do kości udowej, obniża nieco rękojeść, ażeby przejść ponad kością i wykłuwa w przeciwległym kącie rany skórnej, potem prowadzi go lekkimi ruchami piłującymi ukośnie ku górze i przodowi aż do brzegu cięcia skórnego. Tak utworzony górny płat odwija się ku górze. Operator wkłuwa znowu nóż amputacyjny w tymsamym punkcie, jak przy pierwszem wkłuciu, prowadzi go ku kości, przeprowadza popod kość przez obniżenie rękojeści i wykłuwa na przeciwległej stronie w temsamem miejscu, co przy pierwszej transfiksyi; na-

[6]) Podczas mojej półrocznej działalności jako naczelny lekarz oddziału chirurgicznego szpitala garnizonowego Nr XV we Lwowie zmuszony byłem ze wskazań powyżej podanych wykonać amputacyę uda w 25 przypadkach.

stępnie prowadzi go ukośnie ku dołowi i przodowi i wykłuwa znowu na brzegu płatu skórnego.

Po wykłuciu noża płaty skórne i mięśniowe są jednakowej długości i mięśnie nigdy nie wystają poza brzeg skórny. (Porównaj rysunek).



a miejsce, gdzie się nóż amputacyjny wykłuwa.

Przy tem wykłuwaniu jest rzeczą bardzo ważną prowadzić nóż z jednej strony na drugą odrazu aż prawie po rękojeść, nie cofając go nigdy przy dotknięciu kości i nie wprowadzając nanowo; nóż przepycha się ponad lub popod kością tylko przez lekkie zniżenie lub podniesienie rękojeści. Albowiem w razie cofania go i wprowadzania nanowo zadawałoby się drugą ranę zupełnie niepotrzebnie i w ten sposób możnaby skaleczyć podwójnie większe naczynie, co mogłoby potem wywołać krwotok następowy.

Co się tyczy długości płatów, to przy tym sposobie powinny one być nieco dłuższe, niż $^2/_3$ średnicy uda. Płaty oba mogą być jednakowo długie, albo dla lepszego przeglądu rany płat dolny może być nieco dłuższy.

Płaty odwija się i unosi ku górze, przy kości jeszcze trzymające się włókna mięśniowe przecina się tymsamym nożem okrężnie aż do kości, poczem odpiłowana kość zajmuje najniższy punkt lejkowatej rany. (Porównaj rysunek).

Po podwiązaniu naczyń i skróceniu wyciągniętych kikutów obu głównych nerwów tamponuje się ranę gazą, napojoną wodą utlenioną. Rany nie szyje się, najwyżej można założyć parę szwów sytuacyjnych.

Po ustąpieniu objawów septycznych ewent. po oddzieleniu się kilku obumarłych strzępów mięśniowych cała rana i kikut kostny wypełniają się zdrową ziarniną i płaty powoli zrastają się, tworząc potem kikut miękki, prawidłowy, przydatny do noszenia ciężaru ciała. Reamputacya nigdy tu nie bywa potrzebna. Nieco wyższe odpiłowanie kości nie ma wielkiego znaczenia wobec tego, że powtórna amputacya odpada i że rana goi się prawidłowo. Nawet w przypadkach ropowicy gazowej, w których trzeszczenie tkanki podskórnej sięgało aż na powłoki brzuszne i w których niektóre mięśnie powyżej miejsca amputacyi były schorzałe (kruche, jakby ugotowane), nastąpiło zupełne wygojenie po oddzieleniu się obumarłych części.

Nie jest słuszny zarzut, robiony metodzie płatowej sposobem wykłuwania, jakoby przez skośne przecięcie naczyń były one na kilku miejscach przecinane i że przez to przydarzają się krwotoki następowe; naturalnie operacya musi być prawidłowo wykonana. Operacya daje się wykonać bardzo szybko, stwarza ranę, przydatną do szybkiego gojenia się, podobnie jak amputacya linijna, nie ma jednak stron ujemnych, jak tamta. Rana też nie goi się dłużej, niż przy zwykłej amputacyi.

Także Rydygier[7]) i Radliński[8]) nie wykonują już więcej amputacyi linijnej, ale wykonują i polecają płatową metodę. Borchers[9]) powiada, że operacya linijna w chirurgii wojennej nie ma uprawnienia, ponieważ przy istniejącem zakażeniu może tak samo wstrzymać zakażenie metoda płatowa, jak i linijna. Korzyści dłuższego kikuta przy operacyi linijnej unicestwione bywają częstą potrzebą reamputacyi, a wyniki operacyi płatowej są lepsze. Reamputacya nie jest też zabiegiem obojętnym z powodu często występującego po niej odczynu zapalnego.

G. Seefisch[10]) zwraca się także przeciw operacyi linijnej, mówiąc, że: »z wielką szkodą dla chorych bywa wykonywana, ponieważ wymaga bardzo znacznego czasu leczenia i pociąga za sobą wszelkie możliwe złe następstwa«. Szczególnie z naciskiem podnosi Seefisch niekorzystny wpływ psychiczny na chorego z powodu zbyt długiego czasu leczenia. Operacya płatowa powinna według niego zawsze dawać się przeprowadzić.

Również O. v. Frisch[11]) unika często w tej wojnie używanej amputacyi linijnej, ponieważ leczenie następowe po niej wymaga uciążliwych i bolesnych procedur. Jeżeli operacya płatowa wykonać się nie daje, kość powinna być wyżej odpiłowana, aniżeli części miękkie.

Albrecht[12]) w uwagach do powyższej pracy Frischa zaznacza, że niekorzyści jednoczasowego cięcia okrężnego dadzą się usunąć przez odpowiednią technikę (?), albo znacznie złagodzić przez możliwą retrakcyę skóry i pojedynczych warstw części miękkich i przez możliwie wysokie odpiłowanie kości.

Z przytoczonych powyżej powodów przy wyborze sposobu amputacyi uda w czasie wojny daję pierwszeństwo metodzie płatowej z wytworzeniem płatów skórno-mięśniowych przez wykłucie, z wytwarzaniem małego rękawka skórnego, jak to wyżej opisałem, przed wszystkimi innymi sposobami, a osobliwie przed cięciem okrężnem jednoczasowem Kauscha i na podstawie mojego doświadczenia gorąco ją polecam.

Za metodę normalną na goleni, na ramieniu i przedramieniu uważam dwuczasowe cięcie okrężne lub wytworzenie dwu płatów skórnych i cięcie okrężne.

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

O skombinowanem zastosowaniu pośrednich sposobów w badaniu stolców tyfusowych, paratyfusowych i czerwonkowych.

Podał

Prof. Dr Witold Nowicki.

(Ciąg dalszy).

Z przytoczonych w krótkości danych widzimy, że najkorzystniejsze wyniki w badaniu stolców tyfusowych otrzy-

---

[7]) l. c.

[8]) Przegląd lek. 1915 Nr 2.

[9]) Mittelrheinischer Chirurgentag Heidelberg 8—9 Januar 1916 i ref. w: Zentr. f. Chir. 1916, Nr 8 str. 168.

[10]) Deutsche m. Woch. 1916, Nr 15 i ref. w Zentr. f. Chir. 1916, Nr 25 str. 517.

[11]) Wiener kl. Woch. 1916, Nr 6.

[12]) ibidem.

maliśmy przy równoczesnem stosowaniu, obok bezpośredniego szczepienia, także eteru petrolu i NaCl, nieco mniej korzystne daje kombinacya pierwszego z eterem petrolu, najmniej — pierwszego z NaCl. Tak dla eteru petrolu, jak i NaCl, korzystniejszy jest czas 6-godzinny.

Stolce paratyfusowe. W materyale tej grupy mieliśmy 12 stolców z laseccnikiem paratyfusu B i 33 stolców z lasecznikami, które na podstawie zachowania się ich na różniczkowych pożywkach zaliczyliśmy do grupy paratyfusu.

Tablica IV.

Godz.	B	Petr.	NaCl	B+P	B+N	P+N	B+P+N
6	6	3	4	1	8	1	9
15	8	8	3	4	3	3	11
—	14 19,8%	11 15,2%	7 9,7%	5 6,9%	11 15,2%	4 5,5%	20 27,7%

Tutaj więc najczęściej otrzymaliśmy laseczniki paratyfusu B na płytkach z bezpośredniem szczepieniem, następnie przy zastosowaniu NaCl, nieco rzadziej przy eterze petrolu (69,4%, 58,3% i 55,5%). Tylko na płytkach z bezpośredniem szczepieniem w 19,8%, przy eterze petrolu w 15,2% i wreszcie tylko na płytkach po NaCl w 9,7%. Podobnie, jak w tyfusie i tu najkorzystniejsza jest kombinacya bezpośredniego szczepienia z zastosowaniem eteru petrolu, nieco mniej korzystna z NaCl (90% i 84,7%).

Przy zastosowaniu eteru petrolu w badaniu stolców paratyfusowych B wydaje się czas 15-godzinny korzystniejszy, niż 6-godzinny, na ogólną bowiem liczbę stolców z czasem 15-godzinnym wynik dodatni był w 65%, z czasem 6-godzinnym w 43,7%; natomiast przy zastosowaniu NaCl w badaniu stolców paratyfusowych korzystniejszy, jak w tyfusie, jest czas 6-godzinny od 15-godzinnego (68,7% i 50%).

Pominąwszy więc kombinacye wszystkich 3 sposobów, nieco korzystniejszą okazuje się kombinacya bezpośredniego szczepienia i eteru petrolu (89%), niż tegoż i NaCl (83,5%), w pierwszej czas 16-godzinny, w drugiej 6-godzinny.

Wreszcie mieliśmy owe 33 stolce, pochodzące od chorych, a z których wyhodowano szczepy, zaliczone przez nas do grupy paratyfusu. I tu najczęściej otrzymaliśmy dodatnie wyniki przy bezpośredniem szczepieniu (84,8%), przy zastosowaniu eteru petrolu i NaCl wyniki były równe (51,5%). Zresztą należy mniej więcej tosamo powiedzieć, co przy omawianiu badania stolców z paratyfusem B.

Stolce czerwonkowe. Materyał tej grupy obejmuje 93 stolce, z których wyhodowano laseczniki czerwonki; z tych 93 dodatnich wyników przypada na typ Shiga-Kruse 18, Flexner 27, His 45 i Strong 3. Wszystkie wymienione typy zróżniczkowano między innemi zachowaniem się ich względem różnych cukrów i badaniem serologicznem.

Tablica V.

Godz.	B	Petr.	NaCl	B+P	B+N	P+N	B+P+N
6	10	1	5	5	14	1	7
15	23	1	—	6	16	—	4
—	33 35,4%	2 2,1%	5 5,3%	11 11,8%	30 32,2%	1 1%	11 11,8%

Z zestawienia powyższego wynika, że w znacznie przeważającej liczbie stwierdzono laseczniki czerwonki na płytkach z bezpośredniem szczepieniem, bo na 93 przypadki 85 razy, t. j. 91,3%, prawie o połowę rzadziej, 47 razy t. j. 50,5% po NaCl, niemal w jednej czwartej, 25 razy t. j. 26,8% po eterze petrolu. Tylko na płytkach z bezpośredniem szczepieniem w stosunku do wszystkich 93 przypadków w 35,4%, tylko na płytkach po NaCl w 5,3%, tylko po eterze petrolu w 2,1%.

Stosunkowo korzystnie przedstawia się w badaniu stolców czerwonkowych kombinacya bezpośredniego szczepienia i sposobu z NaCl. Niezastosowanie eteru petrolu zmniejszyłoby w powyższem zestawieniu liczbę dodatnich wyników tylko o 2,1%.

Czas, tak przy stosowaniu NaCl, jak i eteru petrolu, jest korzystniejszy 6-godzinny, liczba wyników przy nim jest o $^1/_3$ większa, niż przy czasie 15-godzinnym.

Z kolei zwróciliśmy uwagę na wartość stosowanych sposobów w badaniu stolców czerwonkowych co do poszczególnych typów czerwonki.

Typ Shiga-Kruse. Załączone zestawienie przedstawia odnośne wyniki.

Tablica VI.

Godz.	B	Petr.	NaCl	B+P	B+N	P+N	B+P+N
6	1	—	1	2	2	—	—
15	3	—	—	4	3	—	2
—	4 22,2%	—	1 5,5%	6 33,3%	5 27,7%	—	2 11,1%

I tu prawie stale, bo na 18 wyników dodatnich z tym typem, w 17, t. j. w 94,4%, otrzymaliśmy go na płytkach z bezpośredniem szczepieniem, o $^1/_3$ rzadziej, bo w 61% po zastosowaniu NaCl, najrzadziej, bo w 50%, po eterze petrolu. Na samych tylko płytkach z bezpośredniem szczepieniem otrzymaliśmy typ Shiga-Kruse w 22,2%, tylko na płytkach NaCl w 5,5%; na samych tylko płytkach po zastosowaniu eteru petrolu nie mieliśmy ani jednego dodatniego wyniku.

Czas 15-godzinny dla eteru petrolu jest korzystniejszy, natomiast dla NaCl 6-godzinny.

Z przytoczonego, co prawda dość ograniczonego materyału okazuje się, że kombinacya bezpośredniego szczepienia i sposobu z NaCl w badaniu stolców czerwonkowych w kierunku typu Shiga-Kruse dała we wszystkich 18 przypadkach dodatni wynik, że zatem zastosowanie eteru petrolu pozostało tu bez wpływu.

Typ Flexner. I tutaj, podobnie jak przy typie Shiga-Kruse, najczęściej, bo na 23 przypadków w 85,1% otrzymaliśmy omawiany typ na płytkach z bezpośredniem szczepieniem, następnie po NaCl, w 14 t. j. 51,8%, najmniej po eterze petrolu, bo w 9 t. j. 33,3%. Tylko na płytkach z bezpośredniem szczepieniem w 37%, tylko na

Tablica VII.

Godz.	B	Petr.	NaCl	B+P	B+N	P+N	B+P+N
6	4	1	1	1	3	1	4
15	6	1	—	—	4	—	1
—	10 37%	2 7,4%	1 3,7%	1 3,7%	7 25,9%	1 3,7%	5 18,5%

płytkach po eterze petrolu w 7,4%, na trzeciem miejscu są płytki po NaCl z 3,7%.

Co do czasu, to dla typu Flexner korzystniejszy jest wogóle 6-godzinny.

Kombinacya bezpośredniego szczepienia ze sposobem NaCl znacznie korzystniejsza, niż z eterem petrolu (92,5%, i 70,3%).

Typ His. W grupie stolców z typem His, obejmującej 45 przypadków, stwierdzaliśmy, podobnie jak w poprzednich, ten typ najczęściej na płytkach z bezpośredniem szczepieniem, na 45 dodatnich wyników 43 razy t. j. w 95,5%, następnie po NaCl, 23 razy t. j. w 51,1% i w końcu przy zastosowaniu eteru petrolu, 7 razy t. j. w 15,5%. Na samych tylko płytkach z bezpośredniem szczepieniem wyrósł typ His w 42,2%, tylko na płytkach po NaCl w 4,2%, tylko na płytkach po eterze petrolu ani razu.

Tablica VIII.

Godz.	B	Petr.	NaCl	B+P	B+N	P+N	B+P+N
6	5	—	2	1	9	—	3
15	14	—	—	2	8	—	1
—	19 42,2%	—	2 4,2%	3 6,6%	17 37,7%	—	4 8,8%

Czas tak dla NaCl, jak i eteru, podobnie jak dla typu Flexner i tu jest korzystniejszy 6-godzinny.

I tu zatem zastosowanie eteru petrolu nie wpłynęło na wynik badań stolców czerwonkowych z typem His. Korzystna i tu, jak w typie Flexner, jest kombinacya bezpośredniego szczepienia i sposobu z NaCl.

Typ Strong. Prócz wymienionych typów mieliśmy jeszcze 3 przypadki czerwonki z typem Strong. We wszystkich 3 otrzymaliśmy kolonie tego typu na płytkach z bezpośredniem szczepieniem, również to samo przy zastosowaniu NaCl, przy eterze petrolu jeden raz. I tu, o ile z tych 3 przypadków wnosić można, korzystniejszy tak dla NaCl, jak i eteru petrolu, jest czas 6-godzinny.

Z porównawczej tabelki widzimy, że niewątpliwie najkorzystniejsze wyniki przy badaniu stolców czerwonkowych w kierunku wogóle laseeznika czerwonki i jego poszczególnych typów daje równoczesne zastosowanie bezpośredniego szczepienia i sposobu NaCl, następnie samo bezpośrednie szczepienie, najgorsze wyniki daje stosowanie samego eteru petrolu, bo 4 razy gorsze, niż pierwsza kombinacya. Co do typów, to można tylko zauważyć, że tak przy eterze petrolu, jak i NaCl, otrzymuje się najkorzystniejsze wyniki co do typu Shiga-Kruse, najgorsze co do typu His.

Tablica IX.

Typy	B	Petr.	NaCl	B+P	B+N	B+P+N
Shiga-Kruse na 18 w %	94,4	50	61,1	94,4	100	—
Flexner na 27 w %	85,1	33,3	51,8	96,2	93.3	3,7
His na 45 w %	95.5	15,5	51,1	95,1	100	—
Strong na 3 w %	100	—	33,3	33,3	100	—
Wszystkie typy na 93 w %	93,2	24,7	49,3	79,7	98,3	1

Czas w badaniu stolców czerwonkowych przy zastosowaniu tak NaCl, jak i eteru petrolu, jest wskazany 6-godzinny.

Między wpływem eteru petrolu i sposobu z NaCl na inne drobnoustroje zachodziły pewne różnice.

Na rozwój lasecznika okrężnicy działa eter petrolu w uderzający sposób powstrzymująco; działanie to okazują szczególnie nizkie frakcye tego eteru, najlepiej 40°—45° C. wrzenia; frakcye powyżej 50° C. znacznie mniej wpływają na rozwój lasecznika okrężnicy. Frakcya 40° do 45° C. bardzo często już po 6 godzinach wywoływała zupełne powstrzymanie wzrostu kolonii lasecznika okrężnicy na płytkach ze szczepionym stolcem.

Na płytkach po zastosowaniu sposobu z NaCl stwierdzaliśmy stale silniejszy rozwój lasecznika okrężnicy, niż na płytkach z bezpośredniem szczepieniem, co jest zupełnie zrozumiałe.

Odmieniec (proteus) bywa powstrzymywany w swym rozwoju przez eter petrolu; przeciwnie przy zastosowaniu NaCl spotykaliśmy go nawet częściej, niż na płytkach z bezpośredniem szczepieniem. I tak n. p. na 1730 stolców, w których stosowaliśmy obok bezpośredniego szczepienia równocześnie także eter petrolu i NaCl, stwierdziliśmy 154 razy t. j. w 8,9% odmieńca. Na samych tylko płytkach ze stosowaniem NaCl stwierdziliśmy w stosunku do ogólnej liczby stolców ze stwierdzonym odmieńcem w 38,3% tego drobnoustroju, na samych tylko płytkach z eterem patrolu tylko 11 razy t. j. w 7,1%. Odmieniec pojawiał się tu po 18—24 godzinach bądźto jako nieliczne kolonie, i to zwykle na płytkach z bezpośredniem szczepieniem lub po eterze petrolu, bądź też pod postacią powłoki, pokrywającej całą płytkę, i to najczęściej przy sposobie z NaCl, co oczywiście utrudniało w wysokim stopniu badanie.

B. faecale alcaligenes tak na płytkach po eterze petrolu, jak i po NaCl, spotykaliśmy rzadziej, niż na płytkach z bezpośredniem szczepieniem.

Ziarenkowce, tak często spotykane na płytkach przy badaniu stolców, stwierdzaliśmy, zgodnie z innymi, w bardzo wielkiej ilości przy zastosowaniu eteru petrolu, czasem niemal w czystej hodowli. Eter petrolu jest niewątpliwie dla nich w badaniu stolców bardzo dobrym sposobem rozmnażania.

Sposób ze zastosowaniem żółci. Żółć z dodatkiem 25% fizyologicznego roczynu soli kuchennej, 1% peptonu i fioletu krystalicznego stosowaliśmy w r. 1915 w badaniu stolców przez czas krótki. Był to bowiem okres badań próbnych w naszej pracowni ze stosowaniem różnych substancyi. Liczba zbadanych stolców w tej grupie wynosi 123. Z liczby tej, według udzielonych nam odpowiedzi, było 56 stolców, pochodzących z przypadków o klinicznym przebiegu, odpowiadającym durowi brzusznemu świeżemu lub też dawniej przebytemu, w 17 przypadkach rozpoznawano na podstawie całego przebiegu choroby i badania w naszej pracowni paratyfus, w 9 czerwonkę. Pozostałe 41 pochodziły od chorych bądźto z chwilowo podniesioną ciepłotą, zaburzeniami przemijającemi przewodu pokarmowego lub też z inną chorobą.

Poniżej uwzględniam tylko materyał tyfusowy i paratyfusowy, natomiast nie omawiam czerwonkowego ze względu na nader małą liczbę odpowiednich stolców.

Obok stosowania żółci stosowaliśmy w tej grupie także bezpośrednie szczepienie stolca; eteru petrolu w tym czasie jeszcze w pracowni naszej nie stosowaliśmy.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

III.

Ostra niedomoga czynnościowa nerek — ostre zapalenie nerek bez białka w moczu? (Adynamia functionalis renum acuta — nephritis acuta analbuminurica?).

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr ph. A. Gottesmanna z Budapesztu).

(Ciąg dalszy).

Zanim przejdę do rozpatrywania naszych badań, muszę wspomnieć, że w literaturze lekarskiej wojennej już od początku wojny spotykamy względnie dość liczne prace, w których rozmaici autorowie opisują przypadki schorzenia, gdzie głównym objawem były ogólne obrzęki bez zmian chorobowych w moczu i bez zmian w sercu. Przypadki te są opisywane pod nazwami: choroba puchlinowa, puchlina głodowa (Chełchowski i Budzyński), choroba puchlinowa właściwa ze zwolnieniem tętna (H. Gerharz), choroba ziemniaczana (Döllner) i t. d. Z nazwisk autorów przypomnę tylko parę, jak Budzyński i Chełchowski, Rumpel, Jürgens, Koźniewski, Jonscher, Al. i St. Sterling, Starkiewicz i Weltmann. Przypadki opisywane dotyczyły przeważnie jeńców wojennych, lecz Döllner przytacza podobne objawy chorobowe u żołnierzy niemieckich i wyklucza u nich zarazem możność istnienia ostrego zapalenia nerek jako przyczyny obrzęków. Niejasną właściwie jest dotychczas sprawa etyologii omawianego schorzenia, a zarysowały się tu dwa zapatrywania, które najbardziej mają zwolenników. Według jednych autorów przyczyną zwiększonej wodnistości krwi (hydraemia) i obrzęków jest zakażenie, i to krętkiem duru powrotnego, według drugich znowu przyczyny szukać należy w nieprawidłowem lub niedostatecznem odżywieniu osobników, dotkniętych »schorzeniem obrzękowem«. Przewaga odżywiania ziemniakami, czy też brak świeżych, zielonych jarzyn, brak może soli, lub też głodowanie dłuższe, to jest główne źródło t. zw. choroby puchlinowej; schorzenie nerek nigdy nie jest przyczyną powyższego obrazu chorobowego, tak twierdzą ci autorowie.

Gdy jednak z typowymi przypadkami ostrego zapalenia nerek zaczęły się zjawiać na moim oddziale przypadki ogólnych obrzęków, bez zmian nieprawidłowych w moczu, gdy stan ogólny nie przemawiał za poprzedniem głodzeniem, gdy dokładne wywiady wykazywały, że przecież ci chorzy nie byli tak jednostronnie odżywiani n. p. ziemniakami, nie mogliśmy oprzeć się myśli, że w tych przypadkach przecież może mamy do czynienia z ostrem schorzeniem nerek, lecz bez znanych nam dobrze zmian nieprawidłowych w moczu, które zwykliśmy spotykać przy tem cierpieniu. Ostry początek sprawy chorobowej, ogólny stan kliniczny, przemawiał również za naszem przypuszczeniem. Wobec tego przystąpiliśmy do badania czynnościowego nerek, które powinno sprawę rozjaśnić. Zaznaczę odrazu, że badanie czynnościowe przeprowadzaliśmy zawsze w okresie bezobrzękowym u chorych, ażeby wyłączyć przyczyny pozanerkowe dla ewentualnych zmian wydzielniczych.

Celem oceny klinicznej naszych przypadków musimy przedewszystkiem oprzeć się na wynikach badania czynnościowego, uzyskanych w pierwszej grupie przypadków (tabl. I.) Dotychczasowe badania kliniczne wykazywały bowiem, że wydzielanie w moczu w pierwszym rzędzie mocznika, a również i soli kuchennej, jest zależne przedewszystkiem od sprawności nerek. Stany zapalne, jak i inne schorzenia nerek, połączone z wypadnięciem czynnej wydzielniczej tkanki nerkowej, wywołują nieprawidłowe wydzielanie przedewszystkiem tych ciał, a mianowicie zupełne zatrzymanie w ustroju podanego ich nadmiaru, czy też zbyt wolne, przeciągłe wydzielanie ich z moczem. Czynniki zewnętrzne nie mają wpływu na zdolność wydzielania mocznika, a w pewnym tylko stopniu mogą one stać się źródłem opóźnienia wydzielenia nadmiaru soli kuchennej. Najważniejszą zaś rolę mogą grać tu obrzęki, tak, że celem uzyskania wyników bez zarzutu konieczne jest przeprowadzenie tych badań w okresie bezobrzękowym; tej zasady trzymaliśmy się zawsze i w naszych przypadkach. Zaburzenia w wydzielaniu nadmiaru podanego mocznika (Monakow), a w stanie bezobrzękowym i bezgorączkowym zaburzenia w wydzielaniu nadmiaru soli kuchennej (Vidal) według ścisłych badań są niezbitym dowodem niesprawnej czynności nerek. W odniesieniu do naszych przypadków podnieść należy, że w grupie I. w ośmiu (tabl. I. Nr. 1—8.) stwierdziliśmy wybitne zaburzenia wydzielania nadmiaru podanego mocznika; 20 gr. mocznika w czterech przypadkach nie zostało zupełnie wydzielone moczem, lecz zatrzymało się w ustroju w zupełności; w reszcie przypadków, to jest również w czterech, mocznik wydzielił się tylko częściowo. W ośmiu więc przypadkach możemy mówić o niesprawności nerek dla mocznika. W dwu przypadkach z tej grupy (tabl. I. Nr. 7—8.) prócz tego istniała równocześnie niesprawność nerek w kierunku wydzielania nadmiaru soli kuchennej; w tych 10 gr. NaCl zostało zatrzymane w ustroju zupełnie, a nerki nie wydzieliły ich wcale.

Jeden tylko przypadek z grupy I. (tabl. I. Nr. 9.) nie wykazywał zaburzeń wydzielniczych mocznika, wybitnie jednak wystąpiła w nim niesprawność wydzielania soli kuchennej, która, podana w nadmiarze, nie wydzieliła się zupełnie. Opierając się na tych danych, możemy stwierdzić z całą pewnością, że w pierwszej grupie przypadków u wszystkich chorych nerki były niesprawne i okazywały stan, znany pod nazwą niedomogi czynnościowej nerek. W tej grupie dla wykazania zaburzeń w sprawności nerek mogą posłużyć także i stosunki nieprawidłowe pod względem wydzielania ciał obcych. Mniejszą wagę przywiązywałbym do pewnego przedłużenia wydzielania uraninu, bo i tak ono nie jest znaczne. Natomiast podnieść należy przedłużenie wydzielania jodu, najwybitniejsze zwłaszcza w dwu przypadkach, w których stwierdziliśmy również niedomogę wydzielniczą dla soli kuchennej (tabl. I. Nr. 8—9). Stwierdzone opóźnienie wydzielania jodu w tych przypadkach przybiera na znaczeniu wobec znanego faktu, że prawidłowe wydzielanie soli kuchennej, jak i jodu, jest zależne od prawidłowego stanu tej samej tkanki czynnej nerek, to jest nabłonków cewek nerkowych; za tem przemawiają dotychczasowe badania. Podkreślić jeszcze muszę znaczne przedłużenie wydzielania jodu w przypadku pierwszym (tabl. I. Nr. 1.), w którym mimo to wydzielanie soli kuchennej było prawidłowe. Ta rozbieżność między wydzielaniem soli kuchennej i jodu nie może nas dziwić wobec doświadczeń klinicznych, które wykazywały podobny stan w przypadkach typowego ostrego zapalenia nerek, z zajęciem przedewszystkiem cewek nerkowych. W każdym razie wszystkie przypadki z wyjątkiem siódmego wykazują mniej lub więcej wybitne przedłużenie wydzielania jodu, czego nie możemy pominąć, a co musimy uważać za jeszcze jeden z dowodów, popierających rozpoznanie niedomogi czynnościowej nerek w grupie pierwszej naszych przypadków. Przechodząc do wydzielania cukru mlecznego, podnieść muszę, że we wszystkich przypadkach grupy pierwszej, w których były zaburzenia wydzielnicze co do mocznika, z wyjątkiem pierwszego, stwierdziliśmy nieprawidłowe wydzielanie cukru mlecznego z moczem, i to przeważnie przedłużenie wydzielania ponad czas, który

Schlayer podaje jako prawidłowy, to jest ponad pięć godzin od chwili wstrzyknięcia. A choćbyśmy nawet z Monakowem chcieli przyjąć siedem godzin jako granicę prawidłową wydzielania, to prawie wszystkie nasze przypadki stoją na granicy maksymalnej, a w szóstym przypadku wydzielanie przekracza znacznie granicę prawidłową, bo trwa aż 9 godzin od chwili wstrzyknięcia cukru mlecznego. W jednym przypadku znowu (tabl. I. Nr. 3.) wydzielanie cukru mlecznego było ledwie tylko zaznaczone. W stwierdzonym fakcie nieprawidłowego wydzielania cukru mlecznego mamy znowu dalszy dowód niesprawności nerek w naszych przypadkach. Jeżeli musimy stać na stanowisku, że pewne nieprawidłowości, dotyczące tylko jednej z prób, n. p. upośledzenie tylko wydzielania jodu, nie może służyć jeszcze jako dostateczna podstawa do przyjęcia nieprawidłowego stanu nerek w danym przypadku, to suma prób, które będą tak zgodne, jak w naszych przypadkach, jest dostatecznym dowodem istnienia stanu niedomogi wydzielniczej czynnościowej nerek, i to w przypadkach naszych grupy pierwszej tak dla ciał prawidłowo wydzielanych (mocznik i sól kuchenna), jak i dla ciał obcych (jodu, cukru mlecznego, a może i uraninu).

Logicznem jest, że zaburzenia wydzielnicze nerek nie mogą być bez wpływu na skład chemiczny krwi, a przedewszystkiem jasnem będzie, że n. p. upośledzenie wydzielania mocznika drogą nerek powinno doprowadzić do nagromadzenia się jego we krwi ponad miarę prawidłową. Badania nad składem chemicznym krwi, a przedewszystkiem nad zachowaniem się ciał azotowych w surowicy, w pierwszym rzędzie przy schorzeniach nerek, doprowadziły, jak wiadomo, do ciekawych wyników. W pewnej grupie schorzeń nerkowych wykazywały one znaczne nagromadzanie się ciał azotowych w surowicy krwi, to jest stan, znany nam pod nazwą »azotemii«, a pamiętać należy o tem, że najważniejsze znaczenie ma tu mocznik, jako jeden z głównych ciał rozpadowych przemiany materyi, zawierających azot. Przypomnę, że jedni z autorów oznaczali we krwi zawartość mocznika, inni zaś tak t. zw. azot resztujący (R-N.), w którym mocznik stanowi około 80% N.; przypomnę i to, że u osobników z nerkami, pracującemi prawidłowo pod względem wydzielania, liczba dla azotu resztującego (R-N) wynosi około 20—40 mg. N w 100 cm³ surowicy krwi. Badając zachowanie się azotu resztującego we krwi w naszych licznych przypadkach zapalenia nerek[1], mieliśmy możność przeprowadzenia tych badań krwi tylko w jednym przypadku, i to bardzo typowym dla obrzęków bez białka i nieprawidłowego osadu moczowego. Przypadek ten przytoczę osobno, jako bardzo typowy dla omawianej jednostki chorobowej.

K. P., lat 20 — zachorował przed 8 dniami wśród bólów gardła, kaszlu, gorączki i duszności; przed 6 dniami wystąpiły u niego obrzęki, i to naprzód twarzy i powiek, następnie kończyn dolnych. Stan obecny: budowa silna; twarz blada, nalana, silnie obrzękła; pod lewą spojówką wylew krwawy; tułów i kończyny dolne dość silnie obrzękłe. Ciepłota w pierwszym dniu 37,4° C., następnie prawidłowa. Gardło zaróżowione; w oskrzelach objawy znacznego nieżytu oskrzelowego; duszność silna (w dniu przyjęcia). Serce: stłumienie prawidłowe, tony głośne; tętno — 68 uderzeń na min., dobrze napięte; wątroba nie powiększona. Badanie moczu: ilość dzienna (średnio) około 1000 cm³; c. g. 1021; białka i osadu nieprawidłowego zupełnie niema. Badanie czynnościowe (tabl. III.): do stałej dyety dodane jednorazowo 10 gr. NaCl chory wydzielił tylko częściowo, niezupełnie; dodane 20 gr. mocznika wydzielił zupełnie (obliczone jako azot); wydzielanie jodu wybitnie opóźnione do 68 godzin; wydzielanie cukru mlecznego znacznie opóźnione do 9 godzin, a wydzielił chory przytem 75% podanej ilości. Wobec znacznej duszności, licząc się ze stanem mocznicowym, w dniu przyjęcia chorego wykonaliśmy nakłucie żyły pośrodkowej, upuszczając mu 500 cm³ krwi. Badanie krwi wykazało 53,2 mg. azotu resztującego (R-N) w 100 cm³ surowicy. Z przebiegu należy dodać, że do 10 dni ustąpiły u chorego obrzęki, nieżyt oskrzelowy i inne objawy kliniczne, tak, że w stanie bezobrzękowym przeprowadziliśmy nasze badania czynnościowe; w 3 tygodnie później chory opuścił oddział, czując się zupełnie zdrów, bez przedmiotowych zresztą objawów nieprawidłowych.

Tablica III.

Dzień	Ilość moczu	C. g.	NaCl. %	NaCl. gr.	N. %	N. gr.	Uwagi.
22/5 1917	1000	1022	0·75	7·5	0·75	7·58	
23/5	1000	1020	0·68	6·8	0·7	7·05	
24/5	1900	1016	0·64	12·16	0·53	10·12	
25/5	1200	1024	0·89	**10·68**	0·68	8·26	podano 10 gr. NaCl.
26/5	1250	1018	0·85	10·63	0·59	7·35	
27/5	1800	1016	0·6	10·8	0·79	**14·36**	p. 20 gr. Urea pur. = 9.3 N.
28/5	1400	1020	0·57	7·98	0·58	8·23	
29/5	1750	1010	0·51	8·82	0·6	10·58	
30/5	1800	1016	0·56	10·08	0·53	9·57	
	Uranina	Jod	Cukier mleczny		N. resztujący we krwi		
	34 godz.	68 godz.	9 godzin (75%)		53.2 mg.		

Badanie chorego, jak widzimy, wykazywało obraz, podobny do poprzednich, a badanie czynnościowe pozwala nam zaliczyć ten przypadek do grupy pierwszej. Przedewszystkiem stwierdziliśmy w nim zaburzenia w wydzielaniu soli kuchennej (bez nieprawidłowości w wydzielaniu mocznika), przy równoczesnem znacznem przedłużeniu wydzielania ciał obcych (jodu i cukru mlecznego). Zgodność wyników przy rozmaitych próbach zmusza nas do rozpoznania i w tym przypadku niedomogi czynnościowej (wydzielniczej) nerek. Tem ciekawszy jest tu wynik badania krwi, który wykazuje zwiększenie liczby resztującego azotu (R-N) ponad ilość, spotykaną prawidłowo. Wprawdzie liczba 53,2 mg. R-N. w 100 cm³ surowicy krwi jest tylko nieznacznie większa ponad prawidłowe maximum, to jest 40 mg. R-N., lecz tego zwiększenia również pominąć nie możemy, mimo braku zaburzeń w wydzielaniu mocznika drogą nerek. To lekkie zwiększenie przy innych objawach możemy uważać za jeden jeszcze dowód niedomogi czynnościowej nerek, zwłaszcza, że nie mamy innego źródła dla wytłumaczenia tego zwiększenia, to jest wyższego stanu gorączkowego, innego schorzenia wyniszczającego i t. d.

Sądzę, że nagromadziliśmy dosyć dowodów dla rozpoznania niedomogi czynnościowej nerek w pierwszej grupie naszych przypadków i więcej nad nimi nie potrzebujemy się zatrzymywać.

Trudniejsza nieco sprawa jest w drugiej grupie przypadków, bo brak w nich najważniejszych objawów, to jest brak zaburzeń w wydzielaniu mocznika i soli kuchennej, a nie przeprowadziliśmy w nich badania nad zachowaniem się R.-N. we krwi. W tych przypadkach pozostają nam tylko rzeczywiście stwierdzone zaburzenia wydzielania ciał

[1] Wyniki tych badań i znaczenie ich kliniczne przedstawię okładnie nieco później w innej pracy.

obcych. Nie opieramy się zupełnie na lekkiem przedłużeniu wydzielania uraninu, bo, mimo twierdzenia Straussa, czas wydzielania tego barwika w naszych przypadkach może leży przecież w granicach prawidłowych. Wyniki tych prób pominiemy zupełnie, jako niedostatecznie przekonujące. Podnieść natomiast musimy wybitnie nieprawidłowe stosunki wydzielnicze cukru mlecznego i jodu, które uzyskaliśmy u chorych w okresie bezobrzękowym, co jeszcze raz muszę podkreślić. Wydzielanie cukru mlecznego tylko w jednym przypadku było prawidłowe przy równoczesnem prawidłowem wydzielaniu jodu, tak, że tylko ze względu na ogólny obraz przypadek ten zaliczyliśmy również do grupy drugiej, mimo prawidłowych stosunków wydzielniczych nerek. W reszcie zaś przypadków, to jest sześciu, wydzielanie cukru mlecznego było przeważnie bardzo wybitnie upośledzone. W jednym przedłużenie wynosiło 6 godzin, w jednym 7 godzin, w dwu nawet 9 godzin, a w dwu wydzielanie cukru mlecznego było zupełnie niedostateczne, tylko ledwie w moczu zaznaczone. Tak znaczne, a zgodne upośledzenie wydzielania cukru mlecznego nie da się pogodzić z prawidłową czynnością wydzielniczą nerek, zwłaszcza, że nie możemy znaleść jakiejkolwiek innej przyczyny pozanerkowej, którąby mogła nam tłumaczyć ten stan nieprawidłowy. Źródła dla tych zaburzeń musimy bezwzględnie szukać tylko w stanie niedomogi czynnościowej nerek. We wszystkich przypadkach dalej stwierdziliśmy może mniej wybitne zaburzenia, dotyczące wydzielania jodu. Ani w jednym przypadku grupy drugiej nie mogliśmy stwierdzić prawidłowego wydzielania jodu drogą moczu; wprawdzie w przeważnej liczbie przypadków wydzielanie leżało w granicach okresu t. zw. podejrzanego, to jest czas wydzielania wynosił zwykle 50—55 godzin po podaniu jodku sodu, lecz w dwu stwierdziliśmy przedłużenie znaczniejsze, w jednym do 59 godzin, a w drugim nawet do 70 godzin. Wobec braku przyczyny pozanerkowej mamy prawo doszukiwać się źródła tego zaburzenia w nieprawidłowej czynności nerek tych osobników.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Zapiski lecznicze.

Pellidol, zalecany już wielokrotnie u dorosłych, wypróbowała Matylda Windmüller także u dzieci, osiągając bardzo dobre wyniki co do oczyszczania się ran, ziarnkowania i pokrywania się nabłonkiem w 3 przypadkach oparzeń (2% maść pellidolowa), w 2 rozległych zranieniach, w 5 przypadkach pęcherzycy noworodków (zasypka pellidolowa), oraz w rozmaitych postaciach wyprysku. (Archiv f. Kinderheilk. T. 66). Kl.

T. zw. miareczkowanie Deyckego-Mucha (titratio) jest to odczyn śródskórny zapomocą antygenów częściowych, uzyskanych z prątka gruźliczego, a dokładnie stopniowanych. Spitzer próbował tej metody w wiedeńskim Zakładzie dla toczniowych i doszedł do następujących wniosków: 1) Sposób Deycke-Mucha w przypadkach gruźlicy skórnej jest zupełnie bezpieczną metodą badania, dającą nieraz niespodziewane wyniki. 2) Wyniki te wyjaśniają często, dlaczego przebieg jest korzystny lub niekorzystny. 3) W wielu przypadkach mają te wyniki wartość dla rokowania. 4) W niektórych przypadkach zdawało się wstrzykiwanie antygenów wywierać wpływ pomyślny na przebieg gruźlicy skórnej. (Münch. med. Woch. 1917. 35). Kl.

Jodlizynę, wyrób lwowskiej fabryki »Laokoon«, przekłada prof. Grossmann (Wiedeń) nad sole jodowe ze względu na łatwą rozpuszczalność, szybką wessalność i małe działanie na przewód pokarmowy. Prof. Hanke (Wiedeń) wypróbował zalety tego środka w kiłowych schorzeniach oka, prof. Koschier (Wiedeń) zaleca go w gruźlicy krtani i w przewlekłych nieżytach gardła, a prof. Strasser (Wiedeń) uważa go za użyteczny płynny przetwór jodu. L.

Sperminę, wyrabianą w lwowskiej fabryce »Laokoon«, uważa prof. Gross (Wiedeń) za środek, nie ustępujący sperminie (Poela), wytwarzanej zagranicą. Zarówno prof. Gross, jak prof. Ehrmann (Wiedeń) i doc. Hajos uznają sperminę »Laokoon« za bardzo dobre »tonicum«, zwłaszcza w stanach neurastenicznych i histerycznych. L.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 27. czerwca 1917.

Przewodniczący kol. wiceprezes Lang. Obecnych członków 25.

1) Kol. prof. Latkowski przedstawia **elektrokardyogramy** z 2 przypadków **ułożenia odwrotnego całkowitego trzew** (situs viscerum inversus completus) i wskazuje na ważność robienia zdjęć elektrokardyograficznych przy różnych pozycyach elektrod (przynajmniej I, II, III) wogóle, a w szczególności w przypadkach dekstrokardyi, co też podkreślają i inni autorowie, jak Waller, Hoffmann, Samojloff i Lewis. Ma to duże znaczenie ze względu na wpływ, jaki wywiera zmiana w położeniu serca lub w jego otoczeniu na kształt i kierunek załamków elektrokardyogramu, który to wpływ nie przy wszystkich pozycyach jednako się uwydatnia. Przykład wybitny tego mamy w danym przypadku, w którym przy odprowadzeniu I (wedle Einthovena obie ręce) wszystkie załamki krzywej elektrokardyograficznej są odwrócone, zaś przy innych (II—V) pozycyach mają kierunek prawidłowy, wzgl. tylko część jest skierowana odwrotnie. Przyczyna tego zachowania się krzywej ekg leży w tem, że tylko przy odprowadzeniu I. mamy zupełną zamianę biegunów odprowadzających prąd z serca, skutkiem jego obrotu o 180° dookoła osi pionowej, przy innych zaś pozycyach (II—V) biegun górny pozostaje niezmieniony, tylko stosunek dolnego bieguna do górnego ulega zmianie. W końcu podkreśla kol. L., że elektrokardyogram zależy wprawdzie od przebiegu bodźca elektrycznego w sercu, jak tego chce prawie wyłącznie Nicolai, — lecz prócz tego i od rozmieszczenia masy serca, zmian w otoczeniu jego, przez prelegenta w r. 1913 wykazanych, a także od położenia serca w stosunku do klatki piersiowej, jak to wyraźnie widać na danym przypadku. Uwzględnianie jednostronne tylko niektórych czynników wiedzie do wyników błędnych tak w praktycznej, jak i teoretycznej elektrokardyografii.

2) Następnie nawiązuje kol. Latkowski do swojej pracy **o roli soli wapnia w ustroju** i nadmienia, że na podstawie doświadczenia z ostatnich zwłaszcza trzech lat, zebranego na obfitym materyale, odpowiednio dobranym, stwierdzić musi dodatnie działanie tychże soli na przebieg gruźlicy płuc i gruczołów, co znajduje naukowe uzasadnienie w badaniach Voorhoeva, wykazujących zmniejszenie ilości wapnia u gruźliczych, a więc skłonność do dekalcyfikacyi. Również w przypadkach ostrego zapalenia otrzewnej na tle gruźliczem nieraz daje się zauważyć szybkie wessanie się wysięku. W związku z tem przedstawia z ostatnio leczonych solami wapniowemi dwa przypadki: 1) infiltratio apic. et tbc glandular. i 2) tbc adnex et periton tbc, w których widać wybitnie dodatni wpływ tychże soli na przebieg choroby (ciepłota, stan płuc, wessanie wysięku).

3) Dalej pokazuje kol. Latkowski a) chorą na **chorobę Basedowa,** u której widać dodatni wpływ operacyi na stan chorobowy, potem b) chorą na **zapalenie rdzenia wstępujące** (myelitis ascendens) z częściowem zajęciem rdzenia przedłużonego. U chorej tej wystąpiło kolejno upośledzenie władzy mięśniowej naprzód kończyn dolnych, potem kończyny górnej lewej, połączone ze zmianami w czuciu w obu parach kończyn, dalej niedowład w zakresie lewego nerwu twarzowego i utrudnienie połykania, poprzedzone zatrzymaniem moczu i utrudnieniem w oddawaniu kału. W 11 dni po rozpoczęciu się choroby, która wystąpiła w miesiąc po pokrzywce z gorączką, zmiany zaczęły powoli ustępować od góry ku dołowi, a w miesiąc potem chora zaczęła chodzić o własnych siłach. Płyn mózgowo-rdzeniowy był lekko mętny z 0·4% białka, odczyn Nonne-Apelta dodatni; odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Następnie przedstawia kol. L. c) **chorego ze stanem zapalnym nerwów obwodowych w zakresie korzonków**, głównie lędźwiowych i krzyżowych, a częściowo piersiowych dolnych po stronie lewej, połączonym z następowym zanikiem odpowiednich mięśni, wygięciem kręgosłupa lędźwiowego i piersiowego dolnego na stronę prawą, zmianami czucia bólu, upośle-

dzeniem odruchów. Chory prawie nie mógł chodzić. Po 14-dniowem leczeniu upośledzenie ruchów kończyny dolnej lewej znacznie się zmniejszyło, czucie natomiast pozostało upośledzone. Odczyn Wassermanna ujemny.

W końcu pokazuje kol. L. d) chorą na **przewlekłe zapalenie nerek** z mocznicą po przebyciu prawostronnego zapalenia płuc krupowego. U chorej z przewlekłem zapaleniem nerek przyszło pod wpływem zapalenia krupowego płuc do objawów mocznicowych — duszność, drgawki, bezprzytomność, oddech moczowy, ciśnienie 145/95, azotu pozabiałkowego 98 mlgr. we krwi, bezmocz. Gdy po puszczeniu 250 cm. krwi objawy te nie ustąpiły, podano optochinę, poczem stan chorej się poprawił, gorączka opadła, a objawy mocznicy ustąpiły. W kilka dni stan nerek się poprawia, białko znika z moczu, ilość azotu we krwi obniża się do 59 mlgr., badanie jednak dokładniejsze czynności nerek wykazuje, iż wydzielają one wodę w zmniejszonej ilości i już po próbie woda, białko i krew pojawiają się w moczu. Jest to więc postać przewlekłego zapalenia nerek ukryta. Zaburzeń wzrokowych nie spostrzeżono żadnych. Dokładne badanie oczu wykazało stan prawidłowy.

4) Kol. Oszacki przedstawił szereg przypadków **gruźlicy gruczołów, leczonej lampą kwarcową** z bardzo dobrym wynikiem.

W dyskusyi zabierał głos kol. Walter.

5) Kol. prof. Majewski, omawiając trudności, robione przez władze w uzyskaniu paszportów nawet dla chorych, podał do wiadomości, że pewien chory, ślepy na jedno oko, który zachorował na drugie oko, nie mógł uzyskać paszportu. Uzyskał go, gdy było zapóźno, gdy już i drugie oko nie było do uratowania. Wobec tego i podobnych faktów stawia wniosek nagły o wybór komisyi, któraby z odpowiedniem przedstawieniem zwróciła się do Generał-gubernatorstwa w Lublinie.

Wniosek bez dyskusyi uchwalono, — a do komisyi wybrano kolegów Ciechanowskiego, Majewskiego i Nitscha.

6) W końcu kol. Dr. Eug. Walter wygłosił wykład p. t. **Reinfectio syphilitica** (ogłoszony drukiem w »Przeglądzie lek.«).

Sekr. dor.: Dr Wyżykowska-Michejdzina.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 7. XI. posiedzenie, na którem uchwalono wnioski komisyi w sprawie kolumn sanitarnych, postanawiając zarazem wyrazić najwyższe uznanie twórcy i kierownikowi kolumn K. B. K., prof. Dr Emilowi Godlewskiemu jun. Dalej wybrano komisyę przedwyborczą pod przewodnictwem prof. Dr Kostaneckiego, do której weszli kol. Borowiecki, Glatzel, Gliński, Karwowski, Krzysztoń, Lachs, Momidłowski, Nowaczyński, Sikorska, Służewski, Szancenbach, Szwarc, Wachholz i Eug. Walter. Następnie Dr Michejda mówił o leczeniu gruźlicy kręgosłupa, Dr Jaworski o leczeniu przetok kałowych, a Dr Hładij podał uwagi o tętniakach urazowych, przyczem wszyscy prelegenci przedstawiali chorych i operowanych. W końcu Dr Hładij przedstawił przypadki postrzału splotu ramiennego, operowanej gruźlicy nerki, plastyki prącia i nowy opatrunek złamań obojczyka. W dyskusyach przemawiali doc. Borowiecki, Hładij i Michejda.

Następne posiedzenie odbędzie się w gmachu Towarzystwa d. 14. XI.

Lwów. Urzędowa »Gazeta lwowska« donosi: Namiestnikowski Komitet ratunkowy (sekcya sanitarna) wydał odezwę w sprawie powrotu lekarzy na dawne stanowiska w powiatach ostatnio odzyskanych. Komitet zwraca uwagę, że dla odbudowy zniszczonych gospodarstw domowych i urządzeń zawodowych każdy lekarz bez trudności może otrzymać z Urzędu odbudowy kraju subwencyę 2.000 do 5.000 koron, że odpowiednie czynniki, jak władze rządowe, krajowe i gminne z całą gotowością przyjdą lekarzom z pomocą przy zakładaniu ognisk pracy i nadto nie będą szczędziły na wynagrodzenia za czynności sanitarno-społeczne i że wreszcie i ludność otoczy ich zaufaniem i dostarczy środków do bytu. Nadto Komitet ratunkowy postanowił udzielić każdemu lekarzowi, który obejmuje z powrotem swoje prace lekarskie w tych okręgach i współdziałać będzie w akcyi Komitetu, bezzwrotną subwencyę w kwocie 1000 koron. Komitet udzieli też tym lekarzom najchętniej wszelkich wyjaśnień i poparcia wszędzie tam, gdzie się to okaże potrzebne. Odezwę podpisali: Dr Ignacy Dębowski urzędujący prezes i Dr Adolf Beck, przewodniczący sekcyi sanitarnej.

Zmarli: Dr Witolda z Karpowiczów Rechniewska, zesłana w r. 1884 na Sybir za działalność patryotyczną, w Warszawie w 55 r. ż.

Redakcya otrzymała: Karwacki: 1) O leczeniu przyczynowem duru brzusznego. (Odczyty klin. 1916). 2) Próby leczenia gorączki powrotnej. 3) Zakażenie obiegu krwi przez prątki Kocha w gruźlicy doświadczalnej. 4) Symptomatologia i patogeneza zatrucia gazami. (Gaz. lek.). 5) O podziale krętków gorączki powrotnej. 6) O morfologii pewnej odmiany laseczników wrzecionowatych. (Towarzystwo naukowe warszawskie). — Karwacki i Krakowska: Wpływ niektórych ciał koloidalnych na rozwój laseczników durowych i rzekomodurowych na podłożach sztucznych. (Med. i Kron. lek.). — Karwacki i Biernacki: O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych. (Wydawn. Gaz. lek.) 1916. — Karwacki, Bichniewiczówna i Groerówna: Etyologia i patogeneza gazówek. (Pamiętnik Lazaretu miejsk.) 1916. — Seweryn Sterling: Tezy walki z gruźlicą. Warszawa 1917.

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1917.

Gazeta lekarska Nr 39—43.: Sterling Stefan: Przypadek wywołanego przez lasecznika błonicy zapalenia opon mózgowych (39). — Zalewski: Badania nad chłonieniem ciał, wprowadzonych do jamy bębenkowej (40—41). — Karwacki: Własności aglutynacyjne surowicy w tyfusie plamistym (41). — Higier: Współistnienie amyotonii wrodzonej z przewlekłym obrzękiem odżywczym (42). — Wiśniewski: Choroby weneryczne w szpitalach i w ambulatoryach (42). — Lipski: Wrzód dwunastnicy, jako wrota zakażenia gruźliczego (43).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 39—44.: Jonscher: Trzy przypadki obrzęku śluzowatego u rodzeństwa (39—40). — Saidman (dok. 39). — Ruppert: O chlebie wojennym w Warszawie (39). — Siwiński: Zaburzenia psychiczne podczas miesiączkowania, ciąży, porodu, połogu i karmienia (40—44). — Kopytowski: Przyczynek do badań nad zmianami anatomo-patologicznemi w skórze człowieka, wywołanemi przez działanie na nią kwasu bornego i boraksu (42—44).

Zdrowie 1917 Z. 9.: Skalski: Hipoteki sanitarne nieruchomości.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. **14. listopada** 1917 o godz. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Dr Hładij: Przedstawienie chorych. 2) Doc. Dr Zubrzycki: Odczyny serologiczne przy raku.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 46. Kraków, 17. listopada 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 17. listopada 1917. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ze szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

III.

Ostra niedomoga czynnościowa nerek — ostre zapalenie nerek bez białka w moczu?

(Adynamia functionalis renum acuta — nephritis acuta analbuminurica?).

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr ph. A. Gottesmanna z Budapesztu).

(Ciąg dalszy).

Jeżeli porównamy wyniki, uzyskane w przypadkach obu grup, ze sobą, przedewszystkiem pod względem obrazu klinicznego, a dodamy do tego wyniki badania czynnościowego nerek, wtedy musimy dojść do przekonania, że wszystkie należą do jednej grupy schorzeń. Głównym objawem klinicznym tych przypadków, prócz innych, są z jednej strony obrzęki ogólne, wyglądające podobnie do stwierdzanych przy stanach zapalnych nerek, a z drugiej stan nieprawidłowy nerek, to jest ich niedomoga czynnościowa. Czy różnice pewne, stwierdzane w tych przypadkach przy badaniu czynnościowem, mają swe źródło w rozmaitości okresu sprawy chorobowej, w którym były badane, czy też w nasileniu schorzenia, to byłoby trudniej rozstrzygnąć. Dokładna analiza tych przypadków nasuwa wprost przypuszczenie, że w nich mamy do czynienia z rozmaitymi stopniami jednego i tegosamego schorzenia.

Pozostałaby nam jeszcze odpowiedź na pytanie, jak powiązać ze sobą te główne objawy chorobowe, to jest dążność do obrzęków i niedomogę czynnościową nerek, jakoteż i to jaki obraz patologiczny musimy sobie przedstawić jako źródło stwierdzonego schorzenia nerek. Wtedy dopiero zrozumiemy właściwą istotę omawianej jednostki chorobowej.

O ile wykluczymy zaburzenia w narządzie krążenia (oedema venostaticum), różne przyczyny, będące źródłem silnej wodnistości krwi (oedema hydraemicum), rzadziej sprawy natury nerwowej (oedema neuroticum), wtedy ze stanowiska klinicznego jesteśmy przyzwyczajeni szukać przyczyny ogólnych obrzęków w schorzeniu nerek, i to zapalnem. Jako typowego objawu jednak dla przyczynowego zajęcia nerek wymaga się zawsze obecności białka i typowego osadu moczowego. Brak białka i osadu w podobnych przypadkach zmusił autorów z konieczności do szukania innej przyczyny obrzęków, a znaleziono ją w zaburzeniach odżywiania, bo ta przyczyna zdawałaby się być najprostszą w stosunkach wojennych. Nie badano jednak głębszej czynności nerek w tych przypadkach. Badania nasze, które wykazywały w przeważnej liczbie przypadków obecność poważnej zmiany czynnościowej w nerkach, to jest niedomogi czynnościowej (adynamia [vel hypodynamia] functionalis renum), rzucają światło, rozświecające genezę przynajmniej pewnej grupy przypadków puchliny ogólnej bez białka w moczu. Jeżeli uwzględnimy obecność stwierdzonej niedomogi czynnościowej nerek u wszystkich osób, przez nas badanych i z początku pracy wspomniane przypadki sekcyjne zapalenia nerek bez białka w moczu (Cassel, Fenini), wtedy musimy dojść do przekonania, że objawy obydwa, to jest dążność do obrzęków i niedomoga czynnościowa nerek, pozostają ze sobą w związku przyczynowym. Ogólne obrzęki w naszych przypadkach mają tosamo źródło, jak obrzęki przy dobrze znanych zwykłych schorzeniach nerek, a temsamem musimy je zaliczyć do grupy obrzęków nerkowych. Nie chcąc i nie mogąc rozstrzygać pytania, o ile do powstania obrzęków nerkowych w ogólności przyczynia się stan nieprawidłowy samych naczyń obwodowych, możemy twierdzić, że główną przyczyną stanu chorobowego w powyższych przypadkach jest schorzenie nerek. Przypadki te musimy zaliczyć do schorzeń nerkowych, których najważniejszym objawem jest niedomoga czynnościowa, stan, w którym nieprawidłowości dotyczą tylko głębszej czynności nerek. Opierając się na wyniku poszczególnych prób czynnościowych, jeżelibyśmy chcieli dojść do szczegółowego określenia siedziby sprawy chorobowej w nerkach u naszych chorych, to w naszych badaniach znajdziemy pewne podstawy do przypuszczeń, mających naukowe uzasadnienie. Stwierdziliśmy bowiem w znacznej liczbie przypadków przedewszystkiem nieprawidłowe wydzielanie mocznika i cukru mlecznego, które towarzyszyło prawie wszystkim. Wiadomo przecież, że prawidłowe wydzielanie obu tych ciał zależy od prawidłowego stanu naczyń włosowatych nerki. Stany zapalne nerek, ograniczające się przedewszystkiem do kłębków nerkowych, przebiegają zawsze z nieprawidłowem wydzielaniem mocznika, a badania, w pierwszym rzędzie doświadczalne na zwierzętach, następnie badania kliniczne na ludziach (Schlayer) wykazywały, że prawidłowe wydzielanie cukru mlecznego, wstrzykniętego śródżylnie, zależy również od sprawności naczyń włosowatych nerek. Przy wydzielaniu tych ciał małą tylko rolę grają nabłonki cewek nerkowych. Rzadziej, jak wiadomo, spotykaliśmy w naszych przypadkach niesprawność nerek co do wydzielania soli kuchennej lub jodu, których wydzielanie przeciwnie właśnie jest zależne od sprawności wydzielniczej nabłonków cewek nerkowych. Zaburzenie wydzielania soli kuchennej i jodu jako jedyny objaw niesprawności wystąpiło w jednym przypadku, zresztą było ono niejako objawem tylko towarzyszącym zmianom wydzielniczym co do mocznika i cukru mlecznego. O p i e r a j ą c s i ę w i ę c n a w y n i k a c h n a s z y c h, m o ż e m y t w i e r d z i ć, ż e w n a s z y c h p r z y p a d k a c h

Tablica I.

Przypadki z zaburzeniem w wydzielaniu **mocznika** lub **soli kuchennej**.

Liczba porządkowa	Mocz (przeciętnie)	Ilość dzienna i % NaCl (przeciętnie)	Dodano 10 gr NaCl			Ilość dzienna i % mocznika (przeciętnie)	Dodano 20 gr mocznika			Cukier mleczny (czas wydzielania)	Uranina (czas wydzielania)	Jodek potasowy (czas wydzielania)	Uwagi
			Mocz (dziennie przeciętnie)	Ilość dzienna i % NaCl (przeciętnie)	Suma wydzielona NaCl		Mocz (dziennie przeciętnie)	Ilość dzienna i % mocznika (przeciętnie)	Suma wydzielona mocznika				
1	Ilość dzienna: 1460 Ciężar gat.: 1026	12,2 gr 1,1%	Ilość: 1400 C. g. 1029	17 gr 1,6%	9,6 gr	22,6 gr 1,8%	Ilość: 750 C. g. 1033	15,2 gr 2,2%	—	4 godz.	48 godz.	73 godz.	W dniu wstrzyknięcia cukru mlecznego ślad białka w moczu.
2	Ilość dzienna: 1400 Ciężar gat.: 1030	22,1 gr 1,6%	Ilość: 1383 C. g. 1030	24,5 gr 1,7%	7,2 gr	20,3 gr 1,6%	Ilość: 1333 C. g. 1029	20,6 gr 1,6%	0,9 gr	7 godz.	24 godz.	50 godz.	W dniu wstrzyknięcia cukru mlecznego ślad białka w moczu.
3	Ilość dzienna: 1862 Ciężar gat.: 1022	22,57 gr 1,2%	Ilość: 2400 C. g. 1022	31,16 gr 1,34%	25,7 gr	15,4 gr 0,8%	Ilość: 2366	19 gr 0,9%	10,8 gr	Cukier ledwo zaznaczony przez 3 godz.	46 godz.	51 godz.	W dniu wstrzyknięcia cukru mlecznego ślad białka w moczu.
4	Ilość dzienna: 1587 Ciężar gat.: 1024	15,8 gr 1,1%	Ilość: 1750 C. g. 1020	18,7 gr 1,03%	8,7 gr	18,34 gr 1%	Ilość: 1900 C. g. 1021	23,2 gr 1,2%	12,78 gr	Cukier ledwo zaznaczony przez 2 godz.	48 godz.	58 godz.	
5	Ilość dzienna: 1666 Ciężar gat.: 1021	15,35 gr 0,9%	Ilość: 2200 C. g. 1022	19,91 gr 0,9%	13,68 gr	19,4 gr 1,1%	Ilość: 2200	24,7 gr 1,1%	15,9 gr	6 godz.	47 godz.	60 godz.	
6	Ilość dzienna: 1300 Ciężar gat.: 1026	15,77 gr 1,27%	Ilość: 1400 C. g. 1036	19,67 gr 1,47%	11,7 gr	13,8 gr 1,2%	Ilość: 1566	19 gr. 1,3%	15,6 gr	9 godz.	47 godz.	54 godz.	
7	Ilość dzienna: 3250 Ciężar gat.: 1020	34 gr 1,1%	Ilość: 3533 C. g. 1017	31,4 gr 0,8%	—	21,9 gr 1%	Ilość: 3733	22,8 gr 0,6%	2,7 gr	5 godz.	25 godz.	50 godz.	
8	Ilość dzienna: 2300 Ciężar gat.: 1027	34,49 gr 1,48%	Ilość: 2466 C. g. 1020	31,59 gr 1,29%	—	30 gr 1,37%	Ilość: 2366	28,3 gr 1,2%	—	7 godz.	54 godz.	72 godz.	

9	Ilość dzienna: 2400 Ciężar gat.: 1016	24,2 gr 0,98%	Ilość: 1883 C. g. 1020	22,1 gr 1,16%	—	12,41 gr 0,5%	Ilość: 1833	22,76 1,2%	31 gr	5 godz.	44 godz.	70 godz.	

Tablica II.

Przypadki z zaburzeniem w wydzielaniu **cukru mlecznego, jodu i uraninu.**

Liczba porządkowa	Mocz (przeciętnie)	Ilość dzienna i % NaCl (przeciętnie)	Dodano 10 gr NaCl			Ilość dzienna i % mocznika (przeciętnie)	Dodano 20 gr mocznika			Cukier mleczny (czas wydzielania)	Uranina (czas wydzielania)	Jodek potasowy (czas wydzielania)	Uwagi
			Mocz (dziennie przeciętnie)	Ilość dzienna i % NaCl (przeciętnie)	Suma wydzielona NaCl		Mocz (dziennie przeciętnie)	Ilość dzienna i % mocznika (przeciętnie)	Suma wydzielona mocznika				
1	Ilość dzienna: 2000 Ciężar gat.: 1022	18,5 gr 1,3%	Ilość: 1966 C. g. 1024	23,3 gr 1,1%	9,6 gr	23,6 gr 1,5%	Ilość: 2060 C. g. 1024	31,6	24 gr	7 godz.	48 godz.	59 godz.	
2	Ilość dzienna: 1575 Ciężar gat.: 1024	19,1 gr 1,2%	Ilość: 1733 C. g. 1027	23,9 gr 1,2%	14,4 gr	19,9 gr 1,4%	Ilość: 1500 C. g. 1028	26,9 gr 1,7%	21 gr	Cukier ledwo zaznaczony przez 3 godz.	27 godz.	54 godz.	
3	Ilość dzienna: 1262 Ciężar gat.: 1023	14,7 gr 1,1%	Ilość: 1663 C. g. 1023	19,5 gr 1,07%	14,4 gr	14,7 gr 1,1%	Ilość: 1900	24,9 gr 1,2%	30,6 gr	6 godz.	26 godz.	61 godz.	
4	Ilość dzienna: 2025 Ciężar gat.: 1021	19,86 gr 0,95%	Ilość: 2067 C. g. 1024	23,9 gr 1,1%	12 gr	21,7 gr 1%	Ilość: 2233	30,3 gr	25,8 gr	5 godz.	46 godz.	52 godz.	
5	Ilość dzienna: 1056 Ciężar gat.: 1017	10,08 gr 0,64%	Ilość: 1866 C. g. 1017	13,22 gr 0,73%	9,42 gr	9,5 gr 0,6%	Ilość: 1500	17,5 gr 1,2%	24 gr	9 godz.	47 godz.	70 godz.	W dniu wstrzyknięcia cukru mlecznego ślad białka w moczu.
6	Ilość dzienna: 1450 Ciężar gat.: 1025	18,6 gr 1,25%	Ilość: 1733 C. g. 1025	23,86 gr 1,38%	15,6 gr	22,6 gr 1,5%	Ilość: 1613	29,8 gr 1,85%	21,6 gr	Cukier ledwo zaznaczony przez 5 godz.	47 godz.	57 godz.	
7	Ilość dzienna: 1450 Ciężar gat.: 1025	14,36 gr 1%	Ilość: 1683 C. g. 1028	23,21 gr 1,39%	26,5 gr	18,4 gr 1,2%	Ilość: 1450	24,43 gr	18 gr	9 godz.	48 godz.	56 godz.	

podstawą schorzenia jest stan chorobowy naczyń włosowatych nerek; nabłonki cewek nerkowych w paru przypadkach są dotknięte wprawdzie schorzeniem, lecz stan ich nieprawidłowy musimy uważać za objaw tylko uboczny, towarzyszący zmianie głównej, to jest zmianie naczyniowej nerek. Wyłączamy n. b. jeden przypadek, o którym wspomnieliśmy już wyżej, odbiegający od typu przeważającego. Jeszcze jaśniej przedstawi nam się sprawa, jeżeli uwzględnimy obecne zapatrywania na powstanie obrzęków ogólnych przy schorzeniach nerkowych. Jak wiadomo, coraz bardziej wybija się przekonanie, że do rozwoju obrzęków ogólnych przy zapaleniu nerek nie wystarczą tylko nieprawidłowe stosunki wydzielnicze nerek (zatrzymanie soli i wody), lecz konieczny jest jeszcze stan chorobowy naczyń włosowatych, przedewszystkiem skóry. Przypomnę przy tem badania nad zachowaniem się naczyń włosowatych, przeprowadzone na osobach żyjących przez Weissa w myśl pomysłu O. Müllera, i dodam, że sam rozpocząłem badania nad zachowaniem się naczyń włosowatych w wycinkach skóry osób żyjących, dotkniętych zapaleniem nerek. Wogóle możemy twierdzić, że w przypadkach obrzęków nerkowych stań naczyń włosowatych jest patologiczny, tak, że i w naszych przypadkach obrzęki ogólne są wywołane choćby częściowo przez schorzenia naczyń włosowatych powłok zewnętrznych. Pod tym względem widzimy więc równoległość między naczyniami nerek i powłok, którą spotykamy przy dobrze znanych nam obrazach ostrego zapalenia nerek. W naszych przypadkach, jak przy ostrem zapaleniu nerek, za najważniejszą zmianę przyczynową dla całego obrazu klinicznego musimy jednak uważać schorzenie samych nerek, nie zapominając o tem, że równolegle toczy się sprawa chorobowa i w naczyniach włosowatych obwodowych.

(Dokończenie nastąpi)

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

O skombinowanem zastosowaniu pośrednich sposobów w badaniu stolców tyfusowych, paratyfusowych i czerwonkowych.

Podał

Prof. Dr Witold Nowicki.

(Dokończenie).

Stolce tyfusowe. Dodatnich wyników w badaniu stolców z świeżego, jak i dawniej przebytego duru brzusznego mieliśmy 19, a nadto 2 stolce od zdrowych roznosicieli — razem zatem 21 dodatnie wyniki.

Tablica X.

B	Żółć	Ż+B
6 28,5%	12 57,1%	3 14,2%

Z załączonego zestawienia widzimy, że na płytkach z bezpośrednim szczepieniem wyrosły laseczniki tyfusu 9 razy, na płytkach zaś po zastosowaniu naszej mieszanki żółciowej 15 razy. Jeżeli uwzględnimy tylko stolce z pierwszych 3 tygodni choroby, to na 10 stolców, pochodzących z tego okresu, wyhodowaliśmy 14 razy laseczniki tyfusu t. j. w 73,6%, z tego na samych tylko płytkach z bezpośrednim szczepieniem 6 razy, na samych tylko płytkach po zastosowaniu żółci 12 razy.

Z liczb tych wynikałoby, że stosowanie naszej mieszanki żółciowej w badaniu stolców tyfusowych niewątpliwie daje znacznie lepsze wyniki, aniżeli stosowanie bezpośredniego szczepienia; różnica na korzyść sposobu żółciowego wynosi 40—50%.

Stolce paratyfusowe. Stolców paratyfusowych z dodatnim wynikiem badania bakteryologicznego mieliśmy 9; pochodziły one również z świeżych przypadków, jak i od ozdrowieńców.

Tablica XI.

B	Żółć	Ż+B
1 11,1%	5 55,5%	3 33,3%

Na płytkach więc z bezpośrednim szczepieniem otrzymaliśmy lasecznika paratyfusu 4 razy, na płytkach zaś po zastosowaniu mieszanki żółciowej 8 razy. Na owe 9 przypadków mieliśmy 3 stolce z trzeciego tygodnia choroby i we wszystkich mieliśmy na płytkach po zastosowaniu żółci wynik dodatni.

I tu więc podobnie, jak w durze brzusznym, zastosowanie naszej mieszanki żółciowej podniosło liczbę dodatnich wyników okrągło o 50% w porównaniu z bezpośrednim szczepieniem.

Czas 5-godzinny okazał się przy stosowaniu mieszanki żółciowej tak w badaniu stolców tyfusowych, jak i paratyfusowych, korzystniejszym od 15-godzinnego.

Co do innych drobnoustrojów, to muszę podnieść, że lasecznik okrężnicy przy zastosowaniu naszej mieszanki żółciowej z fioletem krystalicznym rozwijał się co do liczby kolonii dobrze, szczególnie po 15 godzinach trzymania w cieplarce. Rozwój ten jednak nie jest tak bujny, jak przy zastosowaniu według Wiesnera żółci z 20% bulionu. Zauważyć również należy, że kolonie lasecznika okrężnicy na płytkach z agarem Endo prawie stale są znacznie silniej czerwone, wzgl. metaliczno czerwone, niż na płytkach z bezpośrednim szczepieniem, co utrudnia nieco wyszukanie podejrzanych kolonii, o ile nie są one liczniejsze. Wreszcie odmieńca, o ile odniosłem wrażenie z porównawczego materyału przy obecnie stosowanej (dla porównania) żółci z bulionem, częściej się spotyka na płytkach po stosowaniu żółci, niż na płytkach z bezpośrednim szczepieniem, może częściej przy stosowaniu żółci z bulionem, niż naszej mieszanki żółciowej.

Wyniki zastosowania eteru petrolu w badaniu stolców tyfusowych w naszym materyale są znacznie mniej korzystne, niż uzyskane przez Schmitza, Halla i Jaffego. Autorowie ci, razem biorąc, na 32 stolce uzyskali 18 razy (56,2%) równocześnie na płytkach z bezpośrednim szczepieniem i stosowaniem eteru petrolu dodatnie wyniki, u nas zaś na 39 stolców z lasecznikami tyfusu 17 razy t. j. w 43,5%; pierwsi otrzymali tylko na płytkach z bezpośrednim szczepieniem 1 raz t. j. 3,1% wynik dodatni, my zaś 10 t. j. w 25.6%; tylko na płytkach po eterze petrolu pierwsi 13 razy, 40,6%, my zaś w 10 t. j. 25,6%.

Jeszcze gorsze wyniki z zastosowaniem eteru petrolu w badaniu stolców tyfusowych otrzymał Wiesner, gdyż w jego materyale, obejmującym 31 dodatnich wyników, przypadło na bezpośrednie szczepienie 9, na eter petrolu tylko 2 przypadki, reszta, t. j. 20, na płytki ze zastosowaniem żółci; przeszło zatem 4 razy częściej dało dodatni

wynik bezpośrednie szczepienie, niż pośrednie z eterem petrolu.

Gdybyśmy nawet uwzględnili pewne zmiany w technice zastosowania eteru petrolu i różne pochodzenie tegoż wzgl. pewne różnice w jego budowie chemicznej, na co zwraca uwagę Wiesner, to jednak uderzającą jest różnica wyników, szczególnie między pierwszymi autorami, a Wiesnerem.

Jeżeli uwzględnimy, razem biorąc, znacznie większy materyał nasz i Wiesnera, to musimy dojść do przekonania, że stosowanie eteru petrolu nie daje tak bardzo korzystnych wyników w porównaniu z bezpośredniem szczepieniem. Niewątpliwie obok silnego powstrzymującego działania na wzrost lasecznika okrężnicy powstrzymuje eter petrolu także do pewnego stopnia i wzrost lasecznika tyfusu; świadczą o tem także badania jego wpływu na czyste hodowle tyfusu wzgl. mieszanki. Tosamo odnosi się do paratyfusu.

Co do czerwonki, to wyniki nasze przy stosowaniu eteru petrolu w badaniach stolców są znacznie mniej korzystne, niż w tyfusie wzgl. paratyfusie; pod tym względem, jakoteż, że wpływ eteru petrolu jest korzystniejszy na jadowite aniżeli niejadowite typy czerwonki, musimy zgodzić się z Bierastem, Jaffem i Hallem.

Należy wreszcie dodać, że najkorzystniejszym w użyciu okazał się eter petrolu o 40°—45° C. wrzenia.

Stosowanie rozczynu fizyologicznego soli kuchennej w badaniach stolców tyfusowych nie potwierdziło wyników, uzyskanych z badań, przeprowadzonych z poszczególnemi hodowlami wzgl. ich mieszankami z lasecznikiem okrężnicy. Okazało się ono mniej korzystnem, niż bezpośrednie szczepienie wzgl. stosowanie eteru petrolu; nieco lepsze wyniki otrzymaliśmy z NaCl w badaniu stolców paratyfusowych. Korzystniejszym okazał się czas 6-godzinny, w tym bowiem czasie nie następuje jeszcze silniejszy rozwój lasecznika okrężnicy, a tem samem niema jeszcze niekorzystnego wpływu na rozwój innych drobnoustrojów.

Zastosowanie przez nas żółci z rozczynem fizyologicznym soli kuchennej, peptonem i fioletem krystalicznym dało, o ile z niewielkiego materyału, obejmującego 21 przypadków, można wnosić, najlepsze jeszcze wyniki w badaniu zarówno stolców tyfusowych, jak i paratyfusowych, w porównaniu z równocześnie wykonanem bezpośredniem szczepieniem. Wyniki zastosowania naszej mieszanki żółciowej zgadzają się z wynikami, uzyskanymi przez Wiesnera z badań treści jelit tyfusowych przy stosowaniu żółci z 20% bulionu, natomiast są nieco niższe od jego wyników badań stolców tyfusowych. Czy ta pewna różnica jest następstwem domieszki fioletu krystalicznego do używanej przez nas mieszanki żółciowej, trudno orzec. Badania porównawcze z mieszankami hodowli omawianych drobnoustrojów nie zdają się przemawiać za niekorzystnym wpływem domieszki fioletu krystalicznego na liczbę kolonii tyfusu, przeciwnie była ona nieco większa, niż przy stosowaniu żółci z 20% bulionu.

Przytoczone badania przemawiają również nader korzystnie za stosowaniem żółci, wzgl. naszej mieszanki żółciowej, w badaniach stolców paratyfusowych.

Na podstawie więc porównawczych wyników, uzyskanych z naszego materyału, okazuje się, że tak, jak samo tylko bezpośrednie szczepienie stolców na pożywkach, tak i stosowanie tylko pośrednich sposobów daje jeszcze bardzo niedostateczne wyniki w badaniu stolców tyfusowych, paratyfusowych i czerwonkowych; że zgodnie z Wiesnerem, zasada »pomnożenia« zdaje się być korzystniejszą w badaniu szczególnie tyfusowych stolców, aniżeli zasada »powstrzymywania« (wzrostu współzawodniczących drobnoustrojów). Najkorzystniejszą atoli co do wyników okazuje się kombinacya równoczesnego bezpośredniego szczepienia i sposobu pośredniego. I tak dla stolców tyfusowych i paratyfusowych bezpośrednie szczepienie i stosowanie żółci (50% więcej wyników dodatnich, niż przy samem tylko bezpośredniem szczepieniu); mniej korzystne jest zastosowanie równoczesne bezpośredniego szczepienia i eteru petrolu (25% więcej wyników w stolcach tyfusowych, 21% w stolcach paratyfusowych). Dla badania stolców czerwonkowych zastosowanie eteru petrolu nie nadaje się; natomiast korzystne jest równoczesne stosowanie bezpośredniego szczepienia i sposobu z fizyologicznym rozczynem soli kuchennej, i to tak ze względu na jadowite, jak i niejadowite typy lasecznika czerwonki. W stosowaniu pośrednich sposobów korzystniejszy jest czas 6-godzinny, aniżeli 15-godzinny, zarówno w badaniu stolców tyfusowych i paratyfusowych, jak i czerwonkowych.

Piśmiennictwo. 1. Bierast: Zbl. f. Bakt. Orig. T. 74. Z. 3. i 4. Str. 348. 1914. — 2. Tenże: B. klin. W. Nr 29. Str. 532. 1916. — 3. Hall: B. klin. W. Nr 52. Str. 1326. 1915. — 4. Jaffé: W. klin. W. Nr 16. Str. 418. 1915. — 5. Th. Müller: M. m. W. Nr 21. Str. 766. 1916. — 6. Tenże: M. m. W. Nr 6. Str. 196. 1917. — 7. Schmitz: M. m. W. Nr 42. Str. 115. 1914. — 8. Schuscha: Zbl. f. Bakt. T. 78. Z. 4. — 9. Wiesner: W. klin. W. Nr 46. Str. 1456. 1916.

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.

Szpilka od włosów w cewce moczowej.

Podał

Dr Wilhelm Türschmid,

kierownik szpitala.

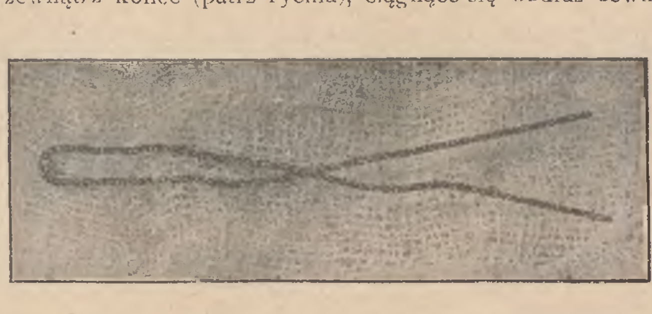
Od czasu pracy Englischa, zestawiającej z literatury światowej 750 przypadków ciał obcych cewki moczowej i pęcherza, okazało się, że zdarzają się one nie tak rzadko, jakby się na pozór wydawało. Sam Englisch jednak raz tylko jeden spostrzegał ciało obce w cewce moczowej.

Do cewki dostają się ciała obce zwyczajnie wkładane przez samychże chorych celem zaspokojenia nieprawidłowych popędów płciowych lub też zostają tutaj gwałtownie obcą ręką wprowadzane wśród aktów shańbienia i t. p.

Do nielicznej kazuistyki ciał obcych cewki moczowej męskiej, wśród których opisywano ołówki (Grosse-Springenfeld) 18 cm długą (!) rurę szklaną (Evens), guziki (Berg), 20 cm długą (!) gałąź drzewną, dodam przypadek, spostrzegany przezemnie w szpitalu powszechnym w Nowym Targu.

Antoni S. (L. prot. st. ch. 748/17), l. 70 liczący, podaje, że w lesie między Jordanowem a Rabką napadli go dwaj młodzi ludzie, obrabowali z pieniędzy, poczem, aby mu uniemożliwić pogoń, wepchnęli mu szpilkę do włosów głęboko w cewkę moczową, przytkali patykiem i umknęli. Od tego czasu ból przy oddawaniu moczu, mocz ma być krwawy.

Chory zgłasza się do szpitala na trzeci dzień po wypadku. Badanie okazuje stan następujący: Przy dotykaniu palcami cewki moczowej daje się stwierdzić w odległości około 5 cm od ujścia zewnętrznego cewki ciało obce twarde, mające dwa rozwarte od zewnątrz końce (patrz rycina), ciągnące się wzdłuż cewki aż



do okolicy krocza. Otoczenie cewki naciekłe, szczególniej w okolicy dwu przednich rozwartych końców ciała obcego. Mocz czy-

sty, w osadzie nieco krwinek czerwonych i białych. Mocz oddaje chory bez bólu, jednak cienkim przerywanym strumieniem.

Drogą od zewnątrz poprzez światło cewki ciała obcego wydobyć nie można, ponieważ narzędzie chwyta tylko jeden z dwu rozwartych końców szpilki, a drugi koniec, tkwiąc nie w cewce, lecz w ciele jamistem cewki, przy próbach wydobycia wbija się w ciało jamiste. Wobec tego w znieczuleniu miejscowem (nowokaina + adrenalina) wykonano tylne zewnętrzne cięcie cewki (urethrotomia externa) i wydobyto szpilkę kobiecą do włosów o ramionach w połowie długości skrzyżowanych, na końcu rozwartych. Cewkę zeszyto katgutem, powłoki szwami jedwabnymi. W przebiegu pooperacyjnym wytworzyła się na nieznacznej przestrzeni zgorzel skóry moszny. Szew cewki moczowej utrzymał się jednak, tak, że chory już na czwarty dzień po zabiegu po wyjęciu cewnika oddaje mocz równym nieprzerywanym strumieniem. Dnia 7. VII. opuścił chory szpital jako wyleczony.

Piśmiennictwo. 1) Englisch: Deut. Zeitschr. f. Chir. T. LXXIX. — 2) Grosse: Münch. m. Woch. 1907. — 3) Stippel: Med. Klinik. 1908. — 4) Springenfeld: Ref. Zent. f. Chir. 1911.— 5) Evans: Ref. Zentr. f. Chir. 1911. — 6) Berg: Med. Klinik. 1912.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Ad. Beck (Lwów). **O dwukierunkowem przewodzeniu nerwów.** (Kraków 1917. Rozpr. Wydz. mat.-przyrodn. Akademii Umiejętności. T. 57. Ser. B.).

Nierozstrzygnięte dotąd pytanie, czy włókna nerwowe przenoszą stan czynny tylko w jednym, czy też w obu kierunkach, rozwiązał autor ostatecznie i stanowczo zapomocą doświadczeń na nerwach, w których przez degeneracyę (sztucznie wywołaną) włókien odśrodkowych pozostały tylko włókna, przewodzące fizyologicznie w kierunku dośrodkowym. Doświadczenia Becka dowiodły, że i w takich nerwach przenosi się stan czynny w obu kierunkach, tak dośrodkowym, jak i odśrodkowym. Stwierdzenie tego ma również znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy udziału komórek nerwowych w czynnościach ośrodkowych układu nerwowego centralnego: argumentem za stałym takim udziałem jest jednokierunkowe przewodzenie w układzie nerwowym ośrodkowym w przeciwieństwie do dwukierunkowego przewodzenia w nerwach obwodowych. Argument ten opierał się na tem przeciwieństwie; należało więc udowodnić dwukierunkowe przewodzenie w nerwach obwodowych, czego właśnie Beck dokonał.

Stefan Sterling-Okuniewski (Łódź): **Dur wysypkowy (tyfus plamisty).** Warszawa 1917. Wydawnictwo »Gazety lekarskiej« z zapomogi Kasy im. Mianowskiego, str. 226, z 70 rysunkami w tekście.

Napisać i wydać w czasie wojny wyczerpującą monografię, obejmującą spory zasób własnych spostrzeżeń i badań obok sumiennego przeglądu piśmiennictwa nietylko niemieckiego, lecz — o ile to było możliwe — także francuskiego, angielskiego i rosyjskiego, — rzeczą było niełatwą, a zasługą dużą, zwłaszcza, skoro rzecz dotyczy duru wysypkowego. Jak słusznie bowiem zaznacza autor, (tłómacząc się, że nie czekał z ogłoszeniem swej pracy, aż całe piśmiennictwo lekarskie państw koalicyi znów się dla nas stanie dostępne), jest to temat aktualny, »każdy lekarz polski ma z nim bezpośrednio lub pośrednio do czynienia, każdy musi go znać dobrze«.

Z natury rzeczy monografii niepodobna tu streszczać. W układzie książki odstąpił autor o tyle od szablonu, że jako część pierwszą opracował epidemiologię łącznie z etyologią i profilaktyką, a jako część drugą — klinikę; pomysł takiego układu jest bardzo dobry. Co do treści wystarczy zaznaczyć, że praca Dr Sterlinga-Okuniewskiego jest jedną z najlepszych monografii, jakie się u nas w ostatnich latach pojawiły. Obok erudycyi i krytycyzmu sprawiło to także osobiste rozległe doświadczenie autora, jako ordynatora miejskiego szpitala zakaźnego i kierownika miejskiej pracowni bakteryologicznej w Łodzi. r.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Zebranie dnia 7 października 1917.

W dniu tym zwiedzało Towarzystwo szczegółowo nowe Zakłady sanitarne miejskie w Prądniku białym. Obecnych 14 członków Towarzystwa oprowadzał kol. doc. Dr Janiszewski, naczelny lekarz miasta. Zarówno cały plan zakładów, jak i ich wykonanie i urządzenia spotkały się z największem uznaniem zwiedzających, gdyż w wielu szczegółach przewyższają one celowością i praktycznością podobne urządzenia zagraniczne. Po skończeniu zwiedzania złożył prezes Towarzystwa doc. Dr Janiszewskiemu, którego inicyatywie i wytrwałości zawdzięczają zakłady swe powstanie i według którego pomysłu je zbudowano, gratulacye z powodu dokonania dzieła.

Dzięki uprzejmości Prezydyum miasta dojazd i powrót do miasta był dla wszystkich uczestników zapewniony.

Zastępca sekr. dor. Dr K. Michejda.

Posiedzenie z dnia 17 października 1917.

Przewodniczący: prezes kol. Ciechanowski. Obecnych członków 30.

1) Na wniosek Komitetu przyjęto na członka kol. Dra Stanisława Borowskiego w tajnem głosowaniu głosami wszystkich obecnych.

2) Kol.-prezes Ciechanowski zdaje sprawę z czynności komisyi i prezydyum Towarzystwa w sprawie wyżywienia ludności. Zgodnie z wnioskiem komisyi, wybranej po wykładzie kol. Biera, oraz z powziętemi później uchwałami Towarzystwa, przesłano w czerwcu telegraficzne i pisemne przedstawienie do Koła polskiego w Wiedniu. Następnie zaś udało się prezydyum Towarzystwa wspólnie z prezydyum Izby lekarskiej, Związku lekarzy i Dziekanem Wydziału lekarskiego krakowskiego w tejże sprawie w delegacyi do Koła sejmowego, zebranego w Krakowie w sierpniu b. r. i po przedstawieniu stanu sprawy prezesowi Koła oraz Marszałkowi krajowemu, złożyło na ich ręce krótkie memorandum (ogłoszone w swoim czasie w »Przeglądzie lekarskim«, a doręczone wszystkim członkom Koła sejmowego).

Wspomniana komisya przedkłada Towarzystwu jeszcze drugi wniosek, mianowicie w sprawie nadzoru nad żywnością, opiewający: »Rozwinięty obecnie handel surogatami spożywczymi używa coraz częściej produktów szkodliwych dla zdrowia. Z tego powodu energiczniejszy nadzór nad żywnością jest w Galicyi koniecznością coraz naglejszą. W tym cele niezbędne jest utworzenie przez władze samorządowe, a przedewszystkiem przez magistraty większych miast, ukwalifikowanych organów nadzorczych, u których poszkodowana publiczność znaleźć powinna pierwszą ochronę i radę. — Ze strony władz centralnych krajowych konieczny jest lepszy fachowy nadzór nad jakością wydawanej dla kraju mąki«.

Wniosek ten jednomyślnie uchwalono.

3) Kol. prezes podaje do wiadomości, że c. k. Namiestnictwo zwróciło się do Towarzystwa lek. krak. w sprawie zmian w nowem wydaniu farmakopei austryackiej. Zarząd Towarzystwa uprosił kol. profesora Łazarskiego, aby w porozumieniu z gronem fachowców i przedstawicielami lekarzy praktyków, przedstawił odpowiednie wnioski. Kol. prof. Łazarski opracował w porozumieniu z tem gronem listę środków, które z farmakopei powinny być usunięte i tych nowych środków, które w nowem wydaniu farmakopei powinny zostać uwzględnione. Kol. Łazarski wyłuszczył zasady, jakiemi przy układaniu referatu się kierował.

Referat kol. prof. Łazarskiego uchwalono jednomyślnie przyjąć i wysłać do Namiestnictwa imieniem Towarzystwa. Zarazem uchwalono podziękować kol. prof. Łazarskiemu za podjęte trudy.

4) Kol. prezes Ciechanowski zawiadamia, że Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich zwróciła się do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sprawie zwołania Walnego Zgromadzenia Tow. lek. gal. Ze względu na czas wojenny już dłuższy czas Walnego Zgromadzenia nie było; obecnie okazuje się konieczność jego zwołania. Delegaci naszego Towarzystwa wyrazili na osobnem zebraniu zgodnie z delegatami Towarzystwa lwowskiego życzenie, by Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. odbyło się późną jesienią. Miejsce Walnego Zgromadzenia zostanie później oznaczone.

5) Prezes składa ze względu na zdrowie mandat do Obywatelskiego Komitetu odbudowy kraju. W jego miejsce wybrano jednogłośnie kol. prof. Nitscha.

6) Kol. prof. Wachholz wygłosił wykład: **O śmierci od pioruna.**

Pod względem sądowo-lekarskim śmierć od pioruna ma daleko mniejsze znaczenie, niż śmierć wskutek działania prądu elektrycznego o wysokiem napięciu. Działanie prądu elektrycznego zależy od dwóch czynników: od właściwości prądu i od wpływów indywidualnych. Co do czynnika pierwszego, to siła prądu, wyrażająca się w amperach, stoi w stosunku prostym do napięcia (volt), a odwrotnym do oporu (ohm). Pod względem działania prądu z uwagi na napięcie odróżnia Jellinek trojakie prądy: 1) Prądy o nizkiem napięciu 100—150 volt, te mogą, ale nie muszą być niebezpieczne. 2) Prądy o napięciu około 200 volt, te są zawsze niebezpieczne. 3) Prądy o napięciu 500 volt i wyżej, te są zabójcze. Im większy jest opór, tem prąd o równem natężeniu jest mniej niebezpieczny. Opór stawia ciało ludzkie, przedewszystkiem skóra. Według Jellinka sucha skóra stawia opór, równający się 50.000 ohm; skóra gruba, z grubą warstwą naskórka, jaką spotyka się u robotników, stawia opór znacznie większy, dochodzący do kilkuset tysięcy ohmów. Działanie prądu zależy i od czynników indywidualnych. I tak osoby o skórze delikatnej są znacznie wrażliwsze od osób ze skórą grubą. Tosamo osoby, dotknięte chorobami nerwowemi, przemiany materyi, narządu oddechowego, a w szczególności narządu krążenia.

Skutek działania prądu zaznacza się przedewszystkiem na powłokach zewnętrznych, i to w rozmaitej postaci. Najczęściej spotyka się rany mniej lub więcej głębokie o charakterze oparzelinowym, rzadziej rany wyglądają jak rany darte, cięte, kłute lub wreszcie postrzałowe z wielką ilością pocisków (śrut). Nieraz zdarza się, że na skórze znajduje się rozległa rana oparzelinowa, a ubranie, pokrywające to miejsce skóry, jest zupełnie nietknięte. Zjawisko to dowodzi, że wysoka ciepłota nie jest właściwością prądu, że prąd nie jest »gorący«, że zatem działanie prądu pochodzi skądinąd. Źródłem jego jest t. zw. w fizyce ciepło Joula, którego działanie jest tem silniejsze, im opór jest większy. Stąd też ludzie z delikatną skórą, jako przedstawiającą mniejszy opór, mają zwykle słabsze poparzenie na powłokach zewnętrznych. Najczęściej obrażenia te przedstawiają się jako oparzenia różnego stopnia. Główne obrażenia znajdują się zwykle w miejscu kontaktu, to zn. w tem miejscu, w którem prąd wniknął do ciała. W miejscu, którędy prąd ciało opuszczał, obrażenia najczęściej bywają mniejsze. Przestrzeń pomiędzy tymi dwoma punktami jest zazwyczaj nietknięta. Jedynie przy działaniu pioruna spostrzega się na tej pośredniej przestrzeni t. zw. figury piorunowe w postaci smug żywo czerwonych, dendrytycznie się rozgałęziających, blednących na zwłokach. Są one wyrazem alteracyi naskórka przez przebiegającą iskrę piorunową, pod względem patologicznym przedstawiają się jako oparzenia I. stopnia. W narządach wewnętrznych w przypadkach śmierci z zadziałania prądu o wysokiem napięciu zwyczajnie żadnych zmian charakterystycznych nie spotyka się. Tosamo przy śmierci od pioruna. Obraz sekcyjny w tych przypadkach odnośnie do narządów wewnętrznych w niczem nie odbiega od obrazu śmierci nagłej wogóle, jest zatem ujemny. Jeżeli na sekcyi jakie obrażenia narządów wewnętrznych się spotyka, to mogą one być wtórne. Pochodzić mogą n. p. od upadku.

Jaka jest właściwie przyczyna śmierci od pioruna i działania prądu o wysokiem napięciu? Kratter odnosi ją do uduszenia. Dziś medycyna sądowa stoi na stanowisku, że przyczyną śmierci jest częścią wpływ dynamiczny prądu na układ nerwowy, częścią wstrząs psychiczny, a anatomiczną podstawę ich mogą stanowić zmiany molekularne w ośrodkach nerwowych.

W bardzo wielu razach przy śmierci od pioruna może nie być wogóle żadnych obrażeń wewnętrznych. Te właśnie przypadki mogą mieć znaczenie sądowo-lekarskie. Dokładne badanie ubrania, a w szczególności części metalowych może wówczas nieraz pozwolić na stanowcze stwierdzenie, że śmierć natąpiła od pioruna. Metalowe guziki n. p. mogą uledz zupełnemu stopieniu, większe przedmioty metalowe, jak scyzoryki, nabierają własności magnetycznych, pieniądze mogą uledz jakby zlutowaniu. Te i tym podobne zmiany mogą sprawę nieraz jasno wyświetlić. Częstość przypadków śmierci od pioruna w różnych statystykach różnie się przedstawia. Statystyki pruskie za czas od 1871—1914 wykazują 148 śmiertelnych przypadków rocznie w całych Prusiech; francuska statystyka wykazuje dla Francyi w tym samym czasie śmiertelnych przypadków 124 na rok. W ostatnich czasach wprowadzono w Ameryce użycie prądu o wysokiem napięciu do tracenia skazanych na śmierć. Doświadczenie z lat pierwszych nie było jednak zachęcające.

Nakoniec ilustruje prelegent wykład bardzo licznemi fotografiami i preparatami.

Dyskusya:

a) Kol. prof. Seńkowski: Działanie prądu elektrycznego, wywołanego sztucznie, różni się z pewnością od działania piorunu. Piorun bowiem nie podlega ściśle prawu Ohma; zaledwie część jego przechodzi przez ciało, znaczna część ładunku przechodzi z pewnością obok ciała, wywołuje wysoką ciepłotę i zagęszczenie powietrza, które uderza wówczas na człowieka. Następuje jakby ściśnięcie ciała, które samo prawdopodobnie jest najczęstszą przyczyną śmierci. Ponieważ to ściśnięcie występuje ze wszystkich stron równomiernie, nie powstają żadne rany, ani obrażenia.

b) Kol. Kleczkowski miał sposobność w klinice ocznej spostrzegać zmiany w narządzie wzrokowym, jako następstwo uderzenia piorunu. Polegały one na zmętnieniu podtorebkowem w korze jednego i drugiego oka, a więc na wytworzeniu początkowego okresu zaćmy. Czy w danym przypadku w dalszym ciągu doszło do rozwoju zaćmy, tego K. nie wie. Podobno przypadki te są częste, K. większej ich liczby nie spostrzegał. Hess tłomaczy to powstawanie zaćmy, podobnie jak kol. Seńkowski, działaniem zgęszczonego powietrza. Częściej, niż zaćmę, spotyka się po uderzeniu pioruna kompleks objawów, t. zw. ophthalmia electrica (nieżyt spojówki, silna wydzielina, zalepienie powiek i t. p.) — Zmiany w oczach, powstające po uderzeniu pioruna, są często wtórne, pochodzą n. p. od upadku, nie można ich więc odnosić bezpośrednio do działania pioruna.

c) Kol. prof. Klecki: Znane są liczne spostrzeżenia, że przy rażeniu piorunem ustaje przedewszystkiem oddychanie; doświadczenia na zwierzętach wykazały niejednokrotnie, że sztuczne oddychanie może zwierzę uratować. Być może, że ośrodek oddechowy jest najwrażliwszy; stąd przypuścić należy, że w wielu razach przyczyną śmierci po rażeniu piorunem jest uduszenie.

d) Kol. prof. Wachholz: Mówiąc o tem, że nie uduszenie jest przyczyną śmierci od pioruna, miałem na myśli uduszenie gwałtowne, jakie zachodzi n. p. przy powieszeniu. Z naukowego punktu widzenia uduszenie — niedostateczne zaopatrzenie tkanek w tlen — jest przyczyną prawie każdej śmierci. Tosamo i przy śmierci od pioruna. Przypadki odratowania rażonych piorunem przemawiają w każdym razie za udziałem ośrodka oddechowego. Jednakże nie wszystkie przypadki dają się odratować, z czego wynika, że nie sam stan asfiktyczny jest tu przyczyną śmierci. — Fakt, że odratowani mają często niepamięć wsteczną, przemawia za tem, że chodzi o proces podobny, jak przy wtrząśnieniu mózgu, więc o molekularne zmiany w obrębie substancyi nerwowej centralnej. — Co do działania prądu powietrza, to W. ma bardzo poważne wątpliwości, czy ono może stać się aż przyczyną śmierci. Ze zmian, opisanych w narządzie wzrokowym, jako powstające od pioruna, znane są oderwanie siatkówki, krwotoki gałkowe; najczęściej spotykana bywa zaćma.

Kol. prezes Ciechanowski podziękował imieniem zebranych prelegentowi za odczyt.

Posiedzenie z dnia 24 października 1917.

Przewodniczący kol. prezes Ciechanowski. Obecnych członków 18.

1) Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia przyjęto na członka kol. Dr Czesława Karwowskiego w tajnem głosowaniu, głosami wszystkich obecnych.

2) Kol. Michejda wygłosił wykład p. t. **Uwagi o wskazaniach i technice amputacyi w czasie wojny.** (Wykład w całości będzie ogłoszony drukiem).

W dyskusyi kol. doc. Radliński omawia metodę okrężną jednoczasową Kauscha, która z początku wojny była najbardziej popularną metodą amputacyi. R. bardzo szybko jednak metodę tę porzucił i przeszedł do metod płatowych bez szwu, które reamputacyę w przyszłości czyniły zbyteczną, albo dozwalały na oszczędniejszą reamputacyę, niż to jest możliwe przy stosowaniu metody Kauscha. Starał się zawsze tworzyć $1^1/_2$ raza większe płaty, niż się to robi tam, gdzie liczy się na doraźne gojenie. Unikał w ten sposób w największej liczbie przypadków reamputacyi, która nie jest zabiegiem obojętnym wzgl. błahym z powodu zbudzania drzemiącej w bliźnie amputacyjnej infekcy-

Zamiast reamputacyi stosował dwa razy plastyczną metodę pokrywania kikutów, podaną przez Rydygiera — z bardzo dobrym skutkiem.

Zastępca sekretarza dorocznego: Dr Michejda.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 14. XI. posiedzenie, na którem Dr Laskiewicz przedstawił chorych ze swego oddziału, poczem Dr Gieszczykiewicz miał wykład o paratyfusie A. W dyskusyi przemawiali prof. Nitsch i prelegent.

Następne posiedzenie będzie posiedzeniem klinicznem, a odbędzie się d. 21. XI. w klinice chirurgicznej.

— D. 15 b. m., w dziesiątą rocznicę objęcia dyrekcyi kliniki i inauguracyjnego wykładu, zgotowali byli i teraźniejsi uczniowie serdeczną owacyę profesorowi położnictwa i ginekologii, Dr Aleksandrowi Rosnerowi, w której uczestniczyło również grono jego kolegów i przyjaciół. Wyrazem wdzięczności, jaką sobie zaskarbił prof. Rosner, były przemówienia Dr Radwańskiej imieniem asystentów, prezesa stowarzyszenia słuchaczy medycyny, którego prof. Rosner jest kuratorem, przedstawiciela teraźniejszych słuchaczy, a wreszcie dziekana Wydziału lekarskiego, prof. Dr Godlewskiego, który również był uczniem prof. Rosnera, w pierwszym roku jego docentury.

Lwów. Jako dalszy ciąg akcyi, mającej na celu sanacyę stosunków sanitarnych kraju, odbyło się w dniu 19. października b. r. posiedzenie lwowskiego Towarzystwa lekarskiego. Na posiedzeniu tem omawiano wyłącznie sprawę zdrojowisk krajowych, które wskutek wojny uległy bardzo znacznemu zniszczeniu i uszkodzeniu. Rzecz przedstawia się tem smutniej, że zniszczenia te niezawsze podyktowane były nieuniknioną koniecznością wojenną.

Obecny na tem posiedzeniu dyrektor Zakładu kąpielowego w Lubieniu wielkim, inżynier Teodorowicz, przedstawił smutny stan tego zdrojowiska. Następnie wygłosił odczyt adwokat Dr Westreich na temat: »Znaczenie zdrojowisk krajowych pod względem społecznym i ekonomicznym«.

Po obszernej dyskusyi przyjęto wnioski referenta, dotyczące akcyi sanacyjnej zdrojowisk krajowych, które to wnioski zużytkować ma wybrana poprzednio komisya. Komisya ta wypracowała memoryał do Koła polskiego i do rządu. W memoryale przedstawiony jest smutny stan stosunków sanitarnych naszego kraju, wykazane są niedomagania w poszczególnych dziedzinach i wskazane środki i sposoby, jakich należałoby użyć, aby stosunki te naprawić. Z memoryałem tym wyjechała do Wiednia w ubiegłym tygodniu delegacya, w skład której wchodzą profesor Dr H. Halban i poseł do parlamentu profesor Halban. (Dokładne sprawozdania z dotychczasowej akcyi w powyższej sprawie jakoteż treść memoryału pomieszczone były w »Kuryerze lwowskim« z dnia 16, 18, 19, 27. października, 2. i 3. listopada b. r.).

Warszawa. Jako wydawnictwo »Gazety lekarskiej« wyszła I. część »Podstawowych sposobów badania klinicznego« Dr Szczęsnego Bronowskiego.

— Kurs pielęgnowania chorych otwarto dla Sióstr Miłosierdzia staraniem Miejskiej Delegacyi do spraw szpitalnictwa. Na kurs wpisało się 35 Sióstr, po kilka z każdego szpitala.

— Rada Towarzystwa higienicznego wybrała prezesem Dr J. Polaka, wiceprezesem Dr J. Bączkiewicza, sekretarzem Dr W. Dąbrowskiego, skarbnikiem Dr H. Kucharzewskiego.

Z różnych stron. VI austryacki Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się 16. XII. b. r. w Wiedniu w Towarzystwie lekarskie (IX. Frankgasse 8). Tematami obrad będą: wykształcenie siόstr-opiekunek (doc. Teleky), urządzenie opieki przeciwgruźliczej (prym. Mager), nowsze środki lecznicze, jakoto antygeny częściowe (prof. Bail, prym. Müller, doc. Pribram).

Choroby zakaźne w Lublinie od 1. I. do 31. X. 1917.

	Dur brzuszny	Dur plamisty	Dur powrotny	Dyzenterya	Płonica
styczeń	8	38	—	—	3
luty	7	10	3	—	8
marzec	7	17	4	—	4
kwiecień	6	18	1	—	4
maj	16	40	1	—	5
czerwiec	8	11	3	3	5
lipiec	12	12	2	27	1
sierpień	20	17	—	75	6
wrzesień	27	15	3	61	5
październik	37	15	21	7	12
Razem	148	193	38	173	53
% śmiertelności	11·49	6·5	0	23·69	2·15

Dr M. Garbaczewski, lekarz sanitarny miasta Lublina.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 21. listopada** 1917 o godz. 6 wieczór **w klinice chirurgicznej.** Na porządku dziennym: 1) Dr Borowski: Wyniki operacyjnego leczenia choroby Basedowa (z przedstawieniem przypadków). 2) Dr Mostowska: Postrzały rdzenia kręgowego; leczenie, rokowanie i wyniki. 3) Dr Michejda: Przedstawienie chorych. 4) Dr Jaworski: Zaszycie jamy brzusznej przy ropnych sprawach otrzewnej. 5) Dr Hładij: a) Nowotwór miednicy małej (pokaz). b) Niedrożność jelit, jako powikłanie zapalenia wyrostka robaczkowego.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 47. Kraków, 24. listopada 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 24. listopada 1917. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z c. k. szpitala polowego.
(Komendant: Dr Steinmetz, lekarz pułkowy).

O gorączce wołyńskiej

podał

Dr Tadeusz Tempka,
starszy lekarz.

Obecna wojna światowa, mimo całej swojej grozy, okazała także i pewne dodatnie strony; wystarczy wspomnieć tylko o ogromnym rozwoju techniki, awiatyki i przemysłu. Dodatni wpływ wojny pojawił się także i w zakresie medycyny; bez wojny nie poznalibyśmy nigdy w takich rozmiarach wpływu szczepienia ochronnego przeciw durowi brzusznemu i cholerze, nie rozszerzylibyśmy w takim stopniu, jak obecnie, naszych wiadomości o zgorzeli gazowej, o durze osutkowym, najrozmaitszych postaciach nerwic, o wpływie wysiłków fizycznych i duchowych na narząd krążenia; do takich bezpośrednich wyników wojny należy zaliczyć także poznanie nowej »choroby wojennej«, która dotąd lekarzom naszej doby była zupełnie nieznana; chorobą tą jest t. zw. gorączka wołyńska.

Rozumiemy przez nią swoistą jednostkę chorobową zakaźną, cechującą się w prawidłowym przebiegu, oprócz szeregu innych objawów, przedewszystkiem napadami gorączki, trwającej około 24—48 godzin, ze średnio 4—6-dniowym okresem bezgorączkowym.

Jakkolwiek poznanie obrazu klinicznego tej choroby jest zdobyczą ostatnich dwu lat, to jednak na podstawie danych, zawartych w literaturze lekarskiej średniowiecza i starożytności, mamy prawo przypuszczać, że była ona znana już w owych czasach; i tak spotykamy wzmianki o stanach chorobowych, cechujących się powtarzającą się co 5, 6 lub 7 dni gorączką, u Hipokratesa, Galena, a w wiekach średnich u Avicenny i Rhazesa; charakterystyczny jest w tym względzie heksametr, znajdujący się w poemacie z XII w. p. t. »Meister Isengrimus«, nieznanego autora: »Aut habet aut fingit quintanae frigora febris« (Werner[1]).

W najnowszych czasach (1904) opisał Apolant[2]) pod nazwą »Influenza mit Rückfällen?« u trojga osób z rodzeństwa obraz chorobowy, którego głównymi objawami były bóle w członkach, osłabienie, a przedewszystkiem napady gorączki, trwające 1—2 dni i powracające po 5—6 dniach; być może, że te trzy, odosobnione zresztą przypadki należały także do omawianej tutaj postaci chorobowej.

Zanim przystąpię do właściwego tematu, chciałbym jeszcze poruszyć sprawę nazwy tej choroby; fakt, że opisali ją niezależnie od siebie rozmaici autorzy i na podstawie spostrzeżeń, poczynionych na różnych odcinkach frontów europejskich, miał ten skutek, że spotykamy się w piśmiennictwie z rozmaitemi nazwami na oznaczenie tegosamego stanu chorobowego. His wprowadził nazwę »gorączki wołyńskiej«, Stiefler i Lehndorff[3]) »gorączki z nad Ikwy« (Ikwa-Fieber); nadto spotkałem się w literaturze z »gorączką z nad Mozy« (Maas-Fieber); Werner, uwzględniając nie warunki geograficzne, tylko przebieg kliniczny, posługuje się nazwą »piątaczka« (febris quintana, Fünftagefieber). Wszystkie te nazwy nie są bez zarzutu, stwarzają bowiem za szczupłe pojęcie dla symptomatologii tej choroby; jak bowiem z jednej strony »gorączka wołyńska« pojawiła się także na froncie francuskim, tak z drugiej strony typ piątaczkowy gorączki bardzo często ulega wahaniom; nadto nazwa »piątaczki« (Fünftagefieber) może sprowadzić nieporozumienie, bo mogłoby się zdawać, że ma ona oznaczać gorączkę, trwającą 5 dni, gdy chodzi tutaj o 5-dniowy okres bezgorączkowy*). Nazwa »gorączka wołyńska« nie jest wprawdzie także, jak wyżej wspomniałem, zupełnie wolna od zarzutów, sądzę jednak, że jest najodpowiedniejsza, z jednej bowiem strony ogromna większość dotychczas spotykanych przypadków pochodzi z frontu wołyńskiego, względnie z części Galicyi, przyległej do Wołynia, z drugiej zaś strony nie stoi ona w żadnej sprzeczności ze zboczeniami od typowego przebiegu choroby.

Daty statystyczne co do wieku, płci i zatrudnienia osób, nawiedzanych z upodobaniem przez gorączkę wołyńską, trudno obecnie podać, gdyż dotychczasowy materyał obserwacyjny znajdował się tylko w szpitalach wojskowych w pobliżu linii bojowej, które tylko w wyjątkowych przypadkach leczą ludność cywilną; dlatego też pogląd, że na gorączkę wołyńską zapadają przedewszystkiem osoby płci męskiej, w wieku od 20—40 lat, niema żadnego znaczenia, gdyż właśnie ci ludzie stanowią olbrzymią większość armii, a więc i materyału szpitalnego wojskowego. Dokładne statystyczne wyniki mogłyby być osiągnięte dopiero po wojnie, o ile będziemy mieć materyał, czerpany z całej ludności, i o ile choroba ta i po wojnie trwać będzie w tem nasileniu, co obecnie.

Według dotychczasowych spostrzeżeń możemy stwierdzić, że pojawienie się gorączki wołyńskiej nie jest wprawdzie ściśle zależne od pory roku i warunków atmosferycznych, że jednak przeważna część przypadków przypada na miesiące zimowe, jesień i początek wiosny. Przyczynę tego omówię niżej przy epidemiologii tego cierpienia. Większą część moich przypadków**) spotkałem w lutym, marcu i kwietniu; pojawianie się gorączki wołyńskiej niema nigdy cech nagminnych, tak że możemy mówić tylko o charakterze endemicznym.

---

*) Uwaga ta odnosi się przedewszystkiem do nazwy niemieckiej: »Fünftagefieber; nazwa łacińska »quintana« i polska »piątaczka« zdawna są używane tylko w znaczeniu gorączki, powracającej co pięć dni. (Red.).

**) Spostrzeżenia moje dotyczą z górą 40 przypadków.

Obraz kliniczny gorączki wołyńskiej w przebiegu ostrym, prawidłowym, takim, jaki pierwsi spostrzegli i opisali His i Werner, jest następujący. Nagle, bez okresu zwiastunów (właściwy napad może wyprzedzać co najwyżej na kilka do kilkunastu godzin uczucie ogólnego osłabienia, lub bóle głowy), wśród lekkich dreszczyków, daleko rzadziej silnych dreszczów, występuje gorączka, która w ciągu kilku do kilkunastu godzin dochodzi do znacznej wysokości, około 39° C., ale może i 40° C. przekraczać. Powolnem stosunkowo wzrastaniem ciepłoty tłómaczy się brak silnych dreszczów. Na szczycie utrzymuje się gorączka około 24—48 godzin, okazując mniejsze lub większe wahania i spada następnie do prawidłowego poziomu również w ciągu kilku do kilkunastu godzin, co nam tłómaczy znowu brak silniejszych potów przy jej spadku. Gorączce towarzyszą czasem opryszczki wargowe. Po tym napadzie następuje okres bezgorączkowy, trwający zazwyczaj 5 dni, lecz często okres ten jest krótszy, lub dłuższy, tak, że skrajne jego granice mogą wynosić 3—7 dni; po upływie tego okresu przychodzi nowy napad gorączki, mający tesame cechy, co poprzedni. Napadów takich może być kilka, czasem tylko 2—4, bardzo często jednak znacznie więcej, nawet 10—12; należy jednak przytem zauważyć, że dalsze napady są stopniowo coraz słabsze, okresy zaś bezgorączkowe nieco się zwiększają. W okresie bezgorączkowym ciepłota jest albo całkiem prawidłowa, albo też wykazuje podgorączkowe wzniesienia. Poszczególne napady przypadają u tychsamych osób bardzo często prawie na tęsamą godzinę. Jak widać, czas trwania całej choroby wynosić może szereg tygodni. (Zob. krzywe Nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Napadom gorączki towarzyszą rozmaite objawy, które okazują wahania w nasileniu odpowiednio do fali ciepłoty. Równocześnie z wystąpieniem gorączki, często zaś już parę godzin przedtem doznają chorzy uczucia ogólnego schorzenia, ociężałości, niemocy, silnego bólu głowy. Najważniejszym jednak objawem są bole, których nasilenie i siedziba przedstawiają się bardzo rozmaicie. Do stałego obrazu chorobowego należą nadzwyczaj silne, świdrujące i rwące bóle wzdłuż kości piszczelowych (tibia), które pod wieczór wzmagają się i mogą przyprawić chorego o całe noce bezsenne. Dotknięcie się okostnej piszczeli, zwłaszcza ich ostrego brzegu, odczuwają chorzy nader boleśnie. Ból dochodzi czasem do tego stopnia, że chorzy nie mogą kroku zrobić, stojąc zaś, opierają się rękami o kolana. Bóle te mają cechy nerwobolu. Badanie promieniami Roentgena wykazuje przeważnie prawidłowy stan okostnej. Rzadziej i zwykle nie w tak silnym stopniu możemy spotykać bole w innych częściach układu kostnego, n. p. w kościach ramienia i przedramienia; u kilku moich chorych spotykałem silne bole mostka, tak samoistne, jak i dotykowe. Bole nie oszczędzają także i mięśni; siedzibą ich mogą być wszystkie grupy mięśni, najczęściej jednak mięśnie goleni; bolesne są zwłaszcza miejsca przyczepu ścięgien do okostnej, względnie torebek stawowych, same zaś stawy nie okazują żadnych zmian. W jednym z moich przypadków widziałem podczas napadów tak silne bóle w zakresie mięśni brzusznych prawej strony, że wobec silnego napięcia powłok brzusznych, nagłego wystąpienia bólów, a nadto wysokiej gorączki, można było myśleć o ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego; bóle znikały jednak po ustąpieniu gorączki, a wracały z jej nawrotem, tak, że ich charakter nie ulegał wątpliwości. Znaczna część chorych doznaje nadto silnych bolów głowy, które lubią się usadawiać zwłaszcza nad oczodołami.

Jak już wspomniałem, dolegliwości te okazują wahania, idące równolegle ze wzniesieniami gorączki. Z chwilą powrotu ciepłoty do stanu prawidłowego znikają one w lekkich przypadkach zupełnie, w cięższych zaś tracą znacznie na sile. W tych ciężkich przypadkach nie znikają one całkowicie nawet po ostatnim napadzie gorączki, lecz mogą się utrzymywać przez kilkanaście dni, a nawet i dłużej, i to prawie bez wyjątku w postaci bolów kości goleni. Podobnie, jak i bóle, zachowuje się także uczucie ogólnej niemocy, t. zn., że chorzy w lekkich przypadkach czują się w okresie bezgorączkowym zupełnie zdrowi i silni, w cięższych zaś nawet po ustaniu napadów są jeszcze jakiś czas osłabieni. Zauważyć należy, że na ogół nasilenie bolów nie jest w prostym stosunku do wysokości ciepłoty, t. zn. nawet przy niezbyt silnej gorączce bóle mogą być bardzo wielkie i naodwrót. Niekiedy spodziewany napad gorączki może nie nastąpić, natomiast bole okostnomięśniowe, bole głowy, uczucie osłabienia, mogą się objawić w całej pełni; w takich przypadkach możemy mówić o równoważniku napadu (krzywa Nr 1).

Prawie stałym objawem, towarzyszącym gorączce wołyńskiej, jest obrzęk śledziony; u przeważającej liczby chorych jest ona macalna, nieco bolesna, lub też jej powiększenie można wykazać opukiwaniem.

Narząd oddechowy nie okazuje ani wybitnych, ani charakterystycznych cech; u pewnej części chorych spotykamy ostry nieżyt błony śluzowej gardła i tchawicy, względnie oskrzeli; poważniejszych zmian, jak zapalenie płuc, opłucnej i t. p. nigdy nie widziałem ani u swoich chorych, ani też nie spotkałem żadnej wzmianki w dostępnej mi w polu literaturze.

Narząd pokarmowy również nie przedstawia większych zboczeń od stanu prawidłowego. Napadowi samemu towarzyszy brak apetytu, język jest obłożony, czasem występuje biegunka. Wątroba nie okazuje żadnych zmian; niekiedy okolica podżebrza prawego jest przy ucisku miernie bolesna. Przy omawianiu przewodu pokarmowego chcę zwrócić uwagę na pewien ciekawy objaw natury troficznej w obrębie jamy ustnej, wspomniany ostatnimi czasy przez Buchbindera[19]); według niego w każdym przypadku gorączki wołyńskiej znajdują się na podniebieniu na obszarze powyżej języczka, mającym kształt trójkąta, zwróconego podstawą do języczka, a wierzchołkiem ku ustom (przyczem wysokość trójkąta ma wynosić 2—3 cm), drobniuchne pęcherzyki, nie przekraczające wielkości główki od szpilki, wypełnione jasną cieczą; stoją one pojedynczo lub po 2—4 razem. Sam nie zauważyłem tego objawu u moich chorych, a także i w literaturze nie znalazłem żadnej o tem wzmianki.

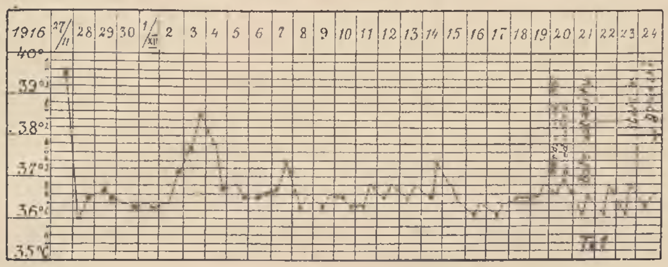
Także i w zakresie układu moczowego nie znajdujemy u ogromnej większości chorych żadnych odstępstw od stanu prawidłowego; niekiedy można spotkać białko względnie krwiomocz (Korbsch[6]), Schwinge[7])), podczas napadu lub ostre zapalenie nerek (Franke[5]). Co do moich spostrzeżeń, to u jednego chorego spotkałem ostre zapalenie nerek, nie mogę jednak rozstrzygnąć, czy w tym przypadku gorączka wołyńska dołączyła się do zapalenia nerek, czy też zapalenie nerek było bezpośredniem następstwem zakażenia gorączką wołyńską —, chory bowiem w chwili przybycia do naszego szpitala okazywał już pełne objawy obu tych cierpień. Poza tem nie mogłem u żadnego z moich chorych stwierdzić ani białkomoczu, ani też dodatniego wyniku odczynu dwuazowego i Weissa (Urochromogenreaktion *).

Układ nerwowy oprócz opisanych powyżej bólów w zakresie układu kostnomięśniowego, należących do stałych objawów gorączki wołyńskiej, nie okazuje żadnych zboczeń; odruchy ścięgien i okostnej są prawidłowe, w ruchu i czuciu nie znajdujemy żadnych zmian. Wspomnieć jednak muszę o własnem mojem spostrzeżeniu, gdzie podczas napadów gorączki (40° C. i wyżej) nie występowały, jak zazwyczaj, bóle kostnomięśniowe, lecz prawostronna rwa kulszowa. Nerwoból ten, dochodzący w czasie gorączki do ogromnej siły, spadał w okresie bezgorączkowym do tego stopnia, że chory mógł chodzić, chociaż z trudnością; w miarę dalszych napadów rwa kulszowa zaczęła się wzma-

---

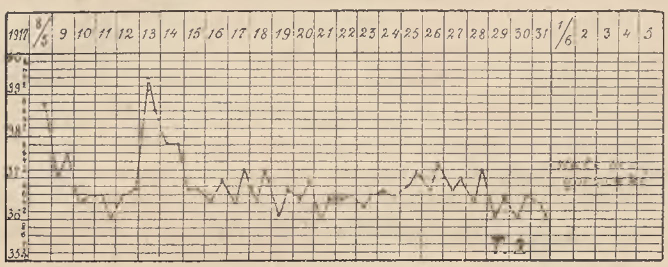
*) Wszystkie badania chemiczne, bakteryo-serologiczne i hematologiczne zostały wykonane w c. i k. polowem laboratoryum bakteryologicznem Nr 88 (komendant: lekarz sztabowy Dr Fr. Müller).

Krzywa Nr 1. K. J. (Spostrzeżenie własne).



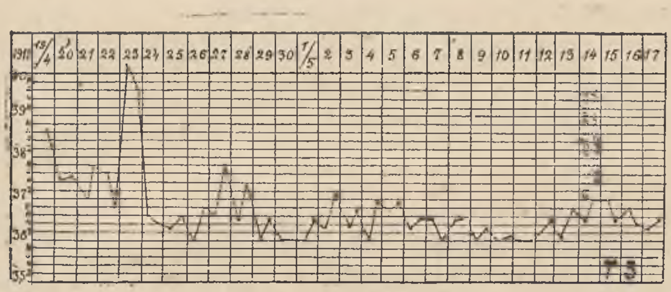
Prawidłowy przebieg postaci napadowej: wzniesienia gorączki stają się coraz słabsze, zaś okresy bezgorączkowe coraz dłuższe, na 6. dzień po ostatnim napadzie silne bóle piszczeli bez wzniesienia ciepłoty (równoważnik napadu); 12 dni po ostatnim napadzie następujący obraz krwinek białych: neutrochł. 59%, limfocyt. 30%, eozynochł. 9%, monocytów 2%.

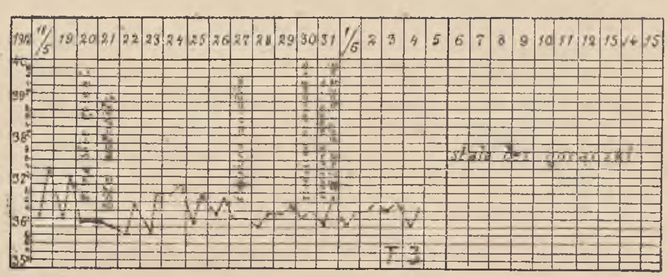
Krzywa Nr 2. H. (Spostrzeżenie własne).



Prawidłowy przebieg postaci napadowej; krzywa wykazuje tylko dwa napady; według wywiadów chory przed przyjęciem do szpitala nie miał napadów gorączki.

Krzywa Nr 3. T. (Spostrzeżenie własne).

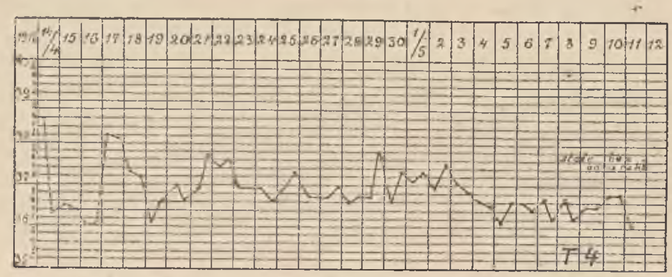




Krótki początkowy okres napadowy, poczem rozwija się typ postaci poronnej.

Obraz krwi 8. V.: neutrof. 40%, limfocytów 45%, monocytów 15%.
Obraz krwi 4. VI.: neutrof. 40%, limfocytów 49%, monocytów 11%.

Krzywa Nr 4. H. (Spostrzeżenie własne).

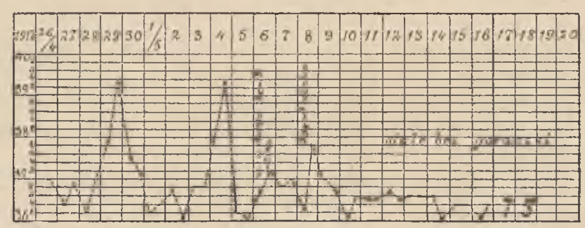


Prawidłowy przebieg postaci napadowej o słabem nasileniu.

Obraz krwi 13. V., więc 11 dni po ostatniem wzniesieniu gorączkowem: neutrof. 30%, limfocyt. 55%, monocytów 10%, eozynof. 4%, tuczne 1%.

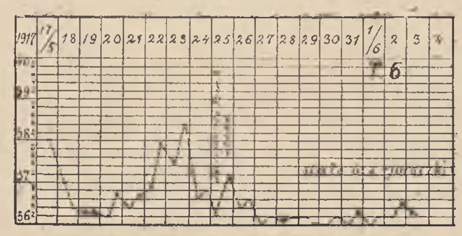
Obraz krwi 20. V., 18 dni po ostatnim napadzie: neutrof. 30%, limfocyt. 43%, eozynof. 13%, monocytów 14%.

Krzywa Nr 5. Sch. (Spostrzeżenie własne).



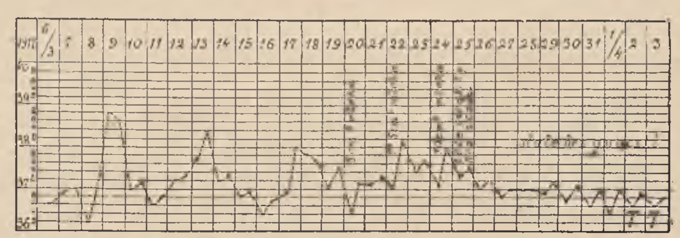
Prawidłowy przebieg postaci napadowej; po wstrzyknięciach śródmięśniowych mleka ustanie napadów.

Krzywa Nr 6. K. (Spostrzeżenie własne).



Prawidłowy przebieg formy napadowej; po jednorazowem wstrzyknięciu 10 cm mleka ustąpienie napadów.

Krzywa Nr 7. Sch. (Spostrzeżenie własne).



Prawidłowy przebieg postaci napadowej; po wstrzyknięciach mleka ciepłota stale prawidłowa, bóle ustąpiły; wzniesienia ciepłoty, występujące po 2. i 3. wstrzyknięciu, są odczynem na śródmięśniowe wprowadzenie mleka do ustroju.

gać także i w okresie bezgorączkowym i zachowywała się przeciw wszelkim środkom nadzwyczaj opornie. W tym więc przypadku bóle wyjątkowo zmieniły swe zwykłe umiejscowienie i usadowiły się w nerwie kulszowym. O ile mi z literatury wiadomo, jest to dotychczas całkiem odosobniony przypadek; dla dokładności nadmieniam, że wszelkie inne tło rwy kulszowej, jak zimnica, cukrzyca, ucisk i t. d. było wykluczone.

Skóra prawie zawsze zachowuje się prawidłowo, tu i ówdzie spotyka się wzmianki o wysypkach plamistych i różyczkowych tułowia, być może jednak, że były to wysypki toksyczne, wywołane podawaniem środków przeciwgorączkowych. U moich chorych nie dostrzegłem żadnych zmian w tym względzie.

Narządy wzrokowy i słuchowy nie okazują żadnych zaburzeń.

Układ krwionośny: Niekiedy przy wysokiej gorączce można stwierdzić lekkie rozszerzenie lewej komory serca i czasem, w związku z tem, dodatkowy szmer nad koniuszkiem. Liczba tętna odpowiada na ogół wysokości ciepłoty i zwłaszcza po cięższych napadach, nawet w okresie ozdrowienia może okazywać chwiejność, tak że już mały wysiłek fizyczny wywołuje znaczne jego przyspieszenie. W niektórych moich przypadkach stwierdziłem względne zwolnienie tętna; w ciśnieniu krwi nie zauważyłem żadnych zmian.

Wszystkie te nieprawidłowości nie mają w sobie nic swoistego, są przemijające i nie wywołują żadnych powikłań.

Gdy tedy układ naczyniowy nie przedstawia ani wybitnych, ani charakterystycznych zboczeń, inaczej się ma rzecz z obrazem krwi, mianowicie obrazem krwinek białych. Ciałka krwi czerwone nie okazują morfologicznie żadnych zmian, po silniejszych zaś i dłuższy czas trwających napadach mogą przedstawiać mniejsze wartości liczebne, których wyrazem jest lekka niedokrwistość, ustępująca w niedługim czasie i nie mająca żadnych cech swoistych. Natomiast obraz krwinek białych przedstawia charakterystyczne wahania, idące równolegle do fali ciepłoty; te zmiany w zakresie krwinek białych są obok napadów gorączki, bolów i obrzęku śledziony, stałym i charakterystycznym objawem gorączki wołyńskiej. Podczas napadu gorączki, względnie czasem już parę godzin przedtem, zwiększa się liczba krwinek białych, dochodząc nawet do 20.000 w 1 mm^3); stosunek odsetkowy zmienia się na korzyść ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych ze szkodą limfocytów, liczba krwinek eozynochłonnych albo ulega zmniejszeniu, albo nie przedstawia zmian, monocyty zachowują się zmiennie, czasem okazują zwiększenie ponad 10%. W okresie bezgorączkowym liczba krwinek białych spada do stanu prawidłowego (czasem do 5.000), a równocześnie zmniejsza się odsetkowo liczba krwinek wielojądrzastych i obojętnochłonnych na korzyść limfocytów, które mogą czasem dochodzić do 40%; limfocytozie towarzyszy często eozynofilia (5—9%)*). Ustępowanie choroby cechuje się ostatecznie limfocytozą (zob. krzywa Nr 4), o wyzdrowieniu mamy prawo mówić dopiero wtedy, gdy po ostatecznem ustąpieniu innych objawów także i obraz krwi wróci do stanu prawidłowego, co nastaje dopiero w kilka tygodni po ostatnim napadzie gorączki.

Ze szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

III.

Ostra niedomoga czynnościowa nerek — ostre zapalenie nerek bez białka w moczu?

(Adynamia functionalis renum acuta — nephritis acuta analbuminurica?).

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr ph. A. Gottesmanna z Budapesztu).

(Dokończenie).

Trudno jeszcze odpowiedzieć na pytanie, jaka zmiana anatomiczna jest podstawą klinicznie stwierdzonych zmian w nerkach u naszych chorych i czy mamy wogóle prawo zaliczyć je do grupy zapaleń nerkowych. Brak badań anatomopatologicznych wobec korzystnego przebiegu przypadków zmuszałby nas do wyrażenia przypuszczeń mniej lub więcej prawdopodobnych. Z tych względów wybraliśmy dla nich nazwę »ostrej niedomogi czynnościowej nerek«, bez konieczności rozstrzygania, czy przyczyną jej jest ostre zapalenie, czy też rzeczywiście tylko nieprawidłowy stan czynnościowy (funkcyonalny) nerek. Sprawa nomenklatury zapalnych schorzeń nerkowych w ostatnich czasach jest i tak bardzo zagmatwana. Przeważna liczbe autorów nazwą »nephritis sensu strictioris« obejmuje ta przypadki, w których schorzeniem są dotknięte naczynia włosowate (kłębki) nerkowe; osobno rozróżniają oni jeszcze »nephritis interstitialis«, i to tam, gdzie sprawa chorobowa toczy się w podścielisku (»stroma«) nerki. Przypadki z zajęciem cewek nerkowych objęte są nazwą »nephrosis«. Prócz tego wprowadzono jeszcze ogólne pojęcie »nephropathia«, do którego właściwie możemy zaliczyć wszystkie przypadki schorzeń nerek, bez względu na ich bliższą naturę. Według tych pojęć nasze przypadki należą do »nefropatyi«, zbliżających się do grupy typowych ostrych zapaleń (nephritis s. str.), bo sprawa chorobowa w nich dotyczy przedewszystkiem naczyń włosowatych nerek. W myśl tych wywodów moglibyśmy mówić o »nephritis acuta analbuminurica«. Za tłem zapalnem przemawiałoby również spostrzeżenie występowania u niektórych chorych śladów białka w moczu po śródzylnem wstrzykiwaniu cukru mlecznego, na dowód skłonności nerki do uszkodzeń pod wpływem ciał obcych, do których należy cukier mleczny. Obecność stanu zapalnego nerek popierają również badania, przeprowadzone przed przyjęciem naszych chorych do szpitala, stwierdzające poprzednio białko w moczu, a musimy je uważać za wynik oddziaływania chorej nerki na niekorzystne czynniki zewnętrzne, które ze sobą przynoszą stosunki wojenne na froncie, a mianowicie brak odpowiedniej dyety, odpowiedniej ciepłoty zewnętrznej, zmęczenie fizyczne i t. d. Z chwilą ustania tych czynników znikało zaraz białko z moczu, mimo trwania innych typowych objawów klinicznych, w pierwszym rzędzie ogólnych obrzęków.

Chociaż w przypadkach, które typowo ze stanowiska klinicznego musieliśmy zaliczyć obecnie do choroby puchlinowej, badanie nasze jako przyczynę obrazu chorobowego wykazało atypowe schorzenie nerek, to przecież nie mam zamiaru twierdzić, że w ten sposób dadzą się wytłumaczyć wszystkie podobne przypadki. Celem naszym było z grupy schorzeń puchlinowych wyłączyć pewną, nie chcę twierdzić przeważną, liczbę przypadków i wykazać, że tłem schorzenia dla nich jest stan nieprawidłowy nerek, może i zapalny. Nie przesądzam tem samem, że w innych przypadkach choroby puchlinowej może istnieć inna geneza, która tłómaczyłaby powstanie podobnego obrazu chorobowego.

Dziwić musi każdego, że o podobnych obrazach klinicznych nie słyszeliśmy w czasach przedwojennych; puchlina ogólna bez jasnej znanej przyczyny to była »rara avis«, jeżeli wogóle mówiło się o niej. Jaśniej jednak przedstawi nam się sprawa, jeżeli stwierdzimy, że objawy ostrej niedomogi czynnościowej nerek mogą istnieć bez innych cech klinicznych, a przedewszystkiem bez objawu w oczy wpadającego, jakim są obrzęki powłok zewnętrznych. W naszych przypadkach przeprowadziliśmy badania czynnościowe właśnie w tym okresie, w którym ani jeden objaw kliniczny nie wskazywał na poważniejsze, głębsze schorzenie. Musimy dojść do przekonania, że do powstania obrzęków i innych objawów klinicznych w tych przypadkach potrzeba jeszcze zadziałania czynników innych zewnętrznych, do których

*) Ciekawe, jakkolwiek dotychczas zupełnie odosobnione spostrzeżenie zrobił Hildebrandt[24]), który już w początkowych okresach gorączki wołyńskiej miał stwierdzać stale we krwi obecność komórek szpikowych, i to czasem w takich ilościach, jakie się spotyka przy białaczce szpikowej; przyczyną obecności tych komórek we krwi ma być podrażnienie szpiku kostnego.

musimy zaliczyć przeziębienie, przemoczenie, może nieodpowiednią dyetę, alkohol i t. d. Tych przyczyn w dostatecznej liczbie dostarczają stosunki wojenne, zwłaszcza na froncie. Bez powyższych czynników możeby sprawa chorobowa przeszła niepostrzeżenie, wśród objawów tylko ogólnego osłabienia, uczucia lekkiego schorzenia, lecz bez głównego objawu, to jest obrzęków. Stosunki domowe pozwalają choremu zaszanować się w tym okresie lekkiego schorzenia, tak, że obrzęki i inne ogólne objawy mogą nie wystąpić zupełnie. Stosunki wojenne jednak, które w tych razach nie pozwalają na zbytnie szanowanie się, mogą wywołać obraz chorobowy w całej pełni, z głównym objawem klinicznym, to jest z ogólnymi obrzękami.

Streszczenie: Z grupy schorzeń, opisywanych dotychczas pod nazwą choroby puchlinowej i t. d., należy wyłączyć przypadki, których tłem jest atypowe schorzenie nerek z głównym objawem, to jest z niedomogą wydzielniczą nerek. Przypadki te, należące genetycznie do grupy schorzeń nerkowych, obejmujemy nazwą »ostrej niedomogi czynnościowej nerek« (adynamia functionalis renum acuta). Anatomiczna przyczyna niedomagania leży w schorzeniu naczyń włosowatych kłębków nerkowych. Przypadki te temsamem zbliżają się do grupy spraw zapalnych nerek, a odbiegają od nich w tem, że brak w nich białka w moczu; stąd nie błędem jest dla nich nazwa: »ostre zapalenie nerek bezbiałkowe« (nephritis acuta analbuminurica).

Piśmiennictwo. 1) Budzyński i Chełchowski: Przegląd lekarski 1915 Nr. 1—3. — 2) Cassel: Berl. klin. Woch. 1900 Str. 218. — 3) Döllner: Münch. med. Woch. 1917 Nr. 20. — 4) Duckworth St.: Bartolom. Hospit. Report. 1883. XIX. — 5) Fenini: Virch.-Hirsch Jahrb. 1872. T. II. Str. 253. — 6) H. Gerharz: Deutsch. med. Woch. 1917. Nr. 17. — 7) A. Gluziński: a) Gaz. lek. 1908. Wien. klin. Woch. 1908. b) Lwows. Tyg. lek. 1913. — 8) Goodhardt: Guys Hosp-Report. 1883. XXVII. — 9) Herringham: Trans. of the clin. Soc. of London. 1901. — 10) Jonscher: Gaz. lek. 1917. Nr. 2—3. — 11) Jürgens: Berl. klin. Woch. 1916. — 12) Koźniewski: Medyc. i Kronika. 1917 Nr. 5—6. — 13) Litten: Charité-Annalen 1882. Str. 162. — 14) Monakow: D. Arch. f. klin. Med. T. 115. — 15) Pollitzer H: D. med. Woch. 1912. — 16) Rumpel: Münch. med. Woch. 1915. — 17) Schlayer: D. Arch. f. klin. Med. T. 98. T. 101. 102. — 18) Starkiewicz: Gaz. lek. 1916. — 19) Sterling Al. i Sterling St.: Gaz. lek. 1916. — 20) Strauss: Akute Nephritiden. Spec. Path. u. Ther. inn. Krankh. Kraus-Brugsch. — 21) Weiss: D. Arch. f. kl. Med. T. 119. — 22) Weltmann; Wien. klin. Woch. 1916. — 23) Wiedemann: Inaug.-Dissert. Kiel. 1896.

Oceny i sprawozdania.

Dr L. Wernic: **Walka z chorobami wenerycznemi i nierządem.** Warszawa 1917. Stron 285.

Na kursach dla lekarzy powiatowych Królestwa polskiego, prowadzonych niedawno przez kilka miesięcy w Warszawie, miał Dr Wernic szereg wykładów o walce z chorobami wenerycznemi. Z tych wykładów powstała spora książka, stanowiąca pewnego rodzaju monografię, a objaśniająca o najnowszym stanie sprawy. Treść książki wykracza nieco poza ramy, zakreślone jej tytułem; oprócz bowiem działów o chorobach wenerycznych, o nierządzie, o podłożu walki z niemi, zawiera książka czwarty dział: o chorobach zakaźnych skóry i walce z niemi. O sposobie ujęcia przedmiotu da wyobrażenie następujące wyliczenie tytułów rozdziałów: Stanowisko państwa wobec chorób wenerycznych. Zarys historyczny walki z zarazą weneryczną. Wpływ warunków fizycznych i społecznych na rozwój chorób wenerycznych. Wpływ przymiotu na rozwój ludności. Rzeżączka a wyludnienie. Wrzód miękki oraz inne cierpienia weneryczne. Dane historyczne o rozwoju nierządu. Główne kierunki walki z nierządem. Stosunki ilościowe płci i wieku oraz rozmiary zarazy wenerycznej w Polsce. Podstawy organizacyi walki z chorobami wenerycznemi w Polsce. Prawodawstwo w dziedzinie walki z chorobami wenerycznemi i nierządem. Choroby skórne, ich znaczenie społeczne i państwowe. Choroby zawodowe skórne robotników i choroby skórne dzieci. O trądzie i wilku (toczniu). W »dodatku« przedrukował autor pouczenia dla ludności, wydane przez »Polskie Towarzystwo walki z chorobami wenerycznemi« (które autor założył w Warszawie w r. z.), oraz przytoczył obfite najnowsze dane statystyczne o chorobach wenerycznych, prostytucyi i szpitalach dla chorych wenerycznych w Polsce. W tekscie znajduje się oprócz tego bardzo obfity materyał statystyczny. Dołączona do książki mapka przedstawia obecny stan szpitali dla wenerycznych w Królestwie polskiem.

Książka Wernica może oddać usługi lekarzom, współdziałającym w walce z chorobami wenerycznemi oraz zajmującym stanowiska lekarzy urzędowych. W drugiem wydaniu książki byłoby pożądane dołączenie wykazu piśmiennictwa. r.

L. Karwacki: **O leczeniu przyczynowem duru brzusznego.** (Odczyty kliniczne. Serya XXI).

W odczycie tym daje K. pogląd na leczenie duru brzusznego surowicą i szczepionkami. Omawia sposoby leczenia surowicą bakteryobójczą, »przeciwjadową« i »antyendotoksyczną« i wyniki, otrzymane zapomocą tego leczenia. Potem omawia leczenie szczepionkami, uzyskanemi w różny sposób z bakteryi durowych i wyniki tego leczenia. Wykazuje, że tak seroterapia, jak i bakteryoterapia tyfusu brzusznego nie odpowiedziały dotąd nadziejom, jakie w nich pokładano. Twierdzi, że »leczenie przyczynowe« chorób zakaźnych polegać może na dwu możliwościach: Jedną byłoby »wyjałowienie« ustroju, t. j. zniszczenie w nim wszystkich zarazków, wywołujących daną chorobę, a drugą byłoby znieczulenie ustroju na jady, produkowane przez bakterye, wywołujące daną chorobę. Na pierwszą możliwość zwrócił uwagę Ehrlich, podając swoją »therapia sterilisans magna«. W leczeniu duru starano się ją osiągnąć przez używanie surowicy bakteryobójczej. W początkach dopiero są usiłowania wyjałowienia chorego na dur ustroju przez dożylne lub podskórne wstrzykiwanie związków chemicznych. Drugą możliwość starano się uzyskać zapomocą surowic »antyendotoksycznych« i »przeciwjadowych«, a także przez wywołanie w ustroju chorym wstrząsu anafilaktycznego, któryby antyanafilaktyzował ustrój przeciw dopływowi dalszych jadów czy endotoksyn tyfusowych. Podniesienie ciepłoty i niektóre inne objawy w chorobach zakaźnych są prawdopodobnie wyrazem wstrząsu anafilaktycznego, wywoływanego ciągle na nowo, przez dopływ do obiegu krwi jadów lub endotoksyn bakteryjnych. Jeśli więc uda się przez odpowiedni zabieg, jak n. p. użycie dożylne szczepionek homologicznych lub heterologicznych, zantynafilaktyzować ustrój — to stanie się on niewrażliwym na dalszy jad, co będzie równoznaczne z wyleczeniem. Taki wstrząs antyanafilaktyczny można wywołać nietylko zapomocą szczepionek, ale także zapomocą roztworów koloidalnych niektórych metali, jak złota i rtęci. Próby dotychczasowe bardzo zachęcają do dalszych doświadczeń, a ponieważ nadto wstrząs, jaki powstaje po wstrzyknięciu dożylnem roztworów kolloidalnych złota i rtęci, jest łagodniejszy, niż wstrząs, powstający po wstrzyknięciu dożylnem szczepionki tyfusowej, więc Karwacki pokłada nadzieję głównie w użyciu roztworów koloidalnych, czyli, jakby się ogólnie można wyrazić, w przyczynowem nieswoistem leczeniu.

Z odczytem Karwackiego powinien się zapoznać każdy lekarz, mający do czynienia w praktyce z durem brzusznym; znajdzie tam niejeden temat do rozmyślań i niejedną zachętę do prób na nowych drogach leczenia i do zerwania z szablonem. Za ujemną stronę odczytu uważam pośpieszność w jego spisaniu, albowiem cierpi na tem jasność i prostota wykładu, a to nie zachęca do czytania.

Osobiście muszę nadmienić — choćby mnie miał spotkać zarzut zacofania — że nie uważam sprawy swoistego leczenia chorób zakaźnych, a więc i tyfusu, za przesądzoną. Nie uważałbym za anachronizm, gdyby ktoś dalej pracował w tym kierunku: przeciwnie sądzę, że trzeba dalej także tej drogi próbować. W leczeniu przyczynowem chorób zakaźnych istnieją nietylko te dwie możliwości, o których mówi Karwacki, i które omówiono wyżej, ale jeszcze trzecia, mojem zdaniem najważniejsza, a możnaby dodać jeszcze czwartą. Pierwsza możliwość, t. j. wyjałowienie ustroju, ma tę stronę ujemną, że ustrój taki może wkrótce po wyleczeniu znowu zapaść na tęsamą chorobę, o ile sposobność do zakażenia istnieje. Druga możliwość, t. j. znieczulenie ustroju na jady wytwarzane przez bakterye, ma tę stronę ujemną, że bakterye mogą dalej żyć w ustroju i wydzielać się z niego. Ustrój taki może więc być niebezpieczny dla otoczenia. Trzecia możliwość polegałaby na zamienieniu ustroju niejako na

pożywkę, nieprzydatną do wzrostu danych bakteryi, czyli na uodpornieniu ustroju przeciw bakteryom. Uodporniony ustrój ani nie potrzebowałby obawiać się powtórnego zakażenia przez cały czas trwania odporności, ani nie byłby niebezpieczny dla otoczenia: byłby to najidealniejszy stan ustroju i z pewnością warto się trudzić, aby doprowadzić do takiego stanu. Do dziś dnia zaś nie potrafimy doprowadzić do takiego stanu inaczej, jak przez szczepienie swoistymi zarazkami (n. p. szczepienia przeciw ospie lub cholerze).

Czwartych możliwości jest kilka: wszystkie one polegałyby na kombinacyi pierwszych trzech.

Kończę, zachęcając wszystkich interesowanych raz jeszcze do zapoznania się z pracą Karwackiego.

Prof Dr R. Nitsch.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 21. XI. posiedzenie, na którem z zapowiedzianego porządku dziennego wyczerpano następujące punkty: 1) Dr Borowski: Wyniki operacyjnego leczenia choroby Basedowa. 2) Dr Mostowska: Postrzały rdzenia kręgowego, leczenie, rokowanie i wyniki. 3) Dr Jaworski: Zaszycie jamy brzusznej przy ropnych sprawach otrzewnej. — W dyskusyach przemawiali kol. Hładij, K. Piotrowski, Marcisiewicz, Kleczkowski, Oszacki, Zubrzycki, Radliński.

Następne posiedzenie odbędzie się w Domu Towarzystwa d. 28. XI. Jako prelegent przybywa na nie gość z Warszawy, Dr B. Dębiński.

— Prezydyum miasta zwraca się za pośrednictwem Towarzystwa lekarskiego do wszystkich lekarzy z prośbą o pomoc w sprawie następującej. Miejskie Biuro zapomogowe dla chorych, korzystających z państwowej akcyi zapomogowej, wydaje na zasadzie świadectw lekarskich bony na grysik, mąkę, jaja, mleko, obiady, a wyjątkowo i na lekarstwa. Jednakże Biuro odrazu miało zakreślone granice swych zadań, mianowicie może ono udzielać pomocy tylko obłożnie chorym ubogim, których nagłe zachorzenie stawia rodzinę w położeniu bez wyjścia; pomoc może się rozciągać na 4—6 tygodni okresu zdrowienia. Natomiast pomoc, udzielana przez Biuro, nie może objąć wszystkich osób starych, przewlekle chorych, wątłych dzieci, karmiących matek i brzemiennych kobiet; takich osób niepodobna przecie zaliczać do obłożnie chorych i nie należy im też dawać poświadczeń dla uzyskania bonów. Również nie mogą korzystać ze świadczeń Biura osoby zamożne (choćby chore), aby nabyć (choćby za pełną cenę) produkty, trudne do nabycia. W interesie istotnie ubogich, a ciężko i obłożnie chorych należy ściśle trzymać się tych zastrzeżeń przy wydawaniu świadectw, bo liczba już wspomaganych przez Biuro chorych (do 1000) przekracza zarówno środki finansowe Biura, jak i zasoby środków spożywczych na ten cel.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Wincenty Jerzy Babecki, podporucznik wojsk polskich, rodem z Kluszowa w Królestwie polskiem.

Warszawa. Wakują posady lekarskie w szpitalach w Turku w kaliskiem, w szpitalu żydowskim w Kaliszu, w Żelechowie i w Maciejowicach.

Zmarli: Dr Stanisław Skobel w 74 r. ż. w Krakowie; Dr H. Willer, z duru plamistego, w 53 r. ż. we Lwowie; Dr Witolda z Karpowiczów Rechniewska, lekarka miejscowa szpit. Dzieciątka Jezus w Warszawie, w 55 r. ż.

Redakcya otrzymała: A. Beck: O dwukierunkowem przewodzeniu nerwów. (Akad. Umiej. Kraków 1917). — L. Wernic: 1) O stosowaniu stężonych roczczynów neosalwarsanu w przymiocie. 2) Leczenie szczepionkami rzeżączki. (Gaz. lek. 1913). 3) W sprawie leczenia rzeżączki metodą zastoiny. (Med. i Kron. lek. 1913). 4) Walka z chorobami wenerycznemi i nierządem. (Kursy przygotowawcze dla lekarzy powiatowych Królestwa polskiego). Warszawa 1917. Stron 285.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 28. listopada** 1917 o godz. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Dr B. Dębiński (z Warszawy). Stwardnienie płuc doświadczalne i kliniczne. 2) Dr Kostrzewski: W sprawie odczynu Wassermanna. 3) Doc. Dr J. Nowaczyński: O zapaleniu nerek.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i S., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 1. grudnia 1917. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

PIĘĆDZIESIĘCIOLECIE TOWARZYSTW LEKARSKICH W GALICYI.

Rok temu, w listopadzie 1916, minęło pół wieku od pierwszego posiedzenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; jutro, 2 grudnia 1917, mija pięćdziesiąta rocznica założenia Towarzystwa lekarzy galicyjskich, rówieśnego niemal z krakowskiem, a jednoczącego dziś wszystkie Towarzystwa lekarskie w tej części Polski.

W innych czasach rocznice te nie minęłyby bez zwyczajowych uroczystości, na których witalibyśmy drogich gości ze wszystkich stron Polski. Ale wraz ze złudą nadziei pokojowych znikła możebność obchodu jubileuszowego w roku zeszłym w Krakowie. Rocznicę swoją zaznaczyło tylko Towarzystwo lekarskie krakowskie wyborem członków honorowych, zamierzając inne części obchodu złączyć z tegorocznym jubileuszem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. I tegorocznego jednak dnia pamiątkowego nie możemy tak święcić, jakbyśmy pragnęli.

Byłoby niepodobna złagodzić rażącej i bolesnej sprzeczności między tym nastrojem, jakiby jubileusze naszych Towarzystw mieć powinny, a między odczuwaniem niekończącej się wojny jako żywiołowej jakiejś klęski, jako potwornego obłędu narodów, jako zdeptania tych właśnie haseł ludzkości i miłosierdzia, które są gwiazdą przewodnią zawodu lekarskiego. Niepodobnaby zużywać na urządzanie uroczystości tych środków, sił i pracy, których dzisiaj potrzebują pilniejsze i większe cele. A prócz tego, dopóki wojna trwa, stają w drodze nawet materyalne przeszkody: niedorzeczne a dokuczliwe kordony, niepodobieństwo liczniejszych zjazdów, zeszczuplenie samychże nawet Towarzystw, obchodzących pięćdziesięciolecie. Wojna rozmiotła członków naszych Towarzystw na wsze strony, od Bałtyku do Euksynu, od Renu do Dniepru, albo nawet odgrodziła od nas wałem ognia, rzeką krwi. W walce i w pościgu za wspólnym wrogiem całej ludzkości odbiegli daleko od macierzystych gron, niby rycerze jednego hufca, którego tylko sztandar czeka na stanowisku na ich powrót.

Niechże więc choć w czasopiśmie naszem, jakby na owym, pozostałym na stanowisku, wspólnym sztandarze, wplotą się w tkaninę wspomnień dwie graniczne daty wspólnie przepracowanego półwiecza.

* * *

Poprzednikiem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego był Wydział nauk przyrodniczych i lekarskich w łonie Towarzystwa naukowego krakowskiego, przekształconego później w Akademię Umiejętności. Potrzeba większego uwzględnienia medycyny praktycznej oraz zorganizowania pomocy dla wdów i sierot po lekarzach wywołała założenie osobnego Towarzystwa lekarskiego. Właściwym jego twórcą był Dr. Aleksander Kremer, który założył już był Towarzystwo lekarzy podolskich wspólnie z kilku najwybitniejszymi lekarzami polskimi owej epoki. Po r. 1863 zmuszony powrócić do rodzinnego Krakowa, zawiązał Kremer już w r. 1865 kółko, odbywające posiedzenia prywatne, złożone z następujących 21 lekarzy: Kremer, Harajewicz, Ściborowski, Fałęcki, Oettinger, Doskowski, Stępiński, Jaszczurowski, Głuszak, Szewczyk, Jakubowski, Blumenstok Blatteis, Gawlik, Serkowski, Bulikowski, Warschauer, Czyżewicz, Kryda, Rasp i Bobrzyński. To było grono założycieli Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; ono bowiem przy pomocy »Przeglądu lekarskiego«, wychodzącego już dawniej, krzewiło ten pomysł, opracowało pierwszą ustawę (zredagowaną przez Ściborowskiego) i uzyskało jej zatwierdzenie przez władze. Zebranie wstępne odbyło się w sali Towarzystwa naukowego krakowskiego w d. 13 listopada 1866 i od tej daty poczyna się właściwa historya Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. D. 4 grudnia 1866 odbyły się przy udziale 43 członków czynnych i przybranych pierwsze wybory zarządu Towarzystwa, d. 18 grudnia 1866 pierwsze posiedzenie naukowe.

Ster rządów sprawował w pierwszych czasach (1866/7) twórca Towarzystwa, Aleksander Kremer. Pierwszy zarząd oprócz Kremera tworzyli: wiceprezes Józef Oettinger, sekretarz stały Władysław Ściborowski, sekretarz doroczny Adam Czyżewicz, podskarbi M. L. Jakubowski, bibliotekarz Leon Blumenstok i dwaj delegaci do zarządu: Janikowski i Madurowicz. Potem byli prezesami: Maurycy Madurowicz (1868), Lucyan Rydel (1869), Alfred Biesiadecki (1870), Józef Oettinger (1871), Stanisław Janikowski (1872), Maciej Leon Jakubowski (1873 i 1898), Leon Blumenstok (Halban) (1884), Edward Korczyński (1875 i 1876), Stanisław Domański (1877 i 1878), Władysław Ściborowski (1879), Jonatan Warschauer (1880), Henryk Jordan (1881, 1882 i 1900)

Alfred Obaliński (1883), August Kwaśnicki (1884 i 1894), Antoni Rosner (1885 i 1886), Jan Mikulicz (przez kwartał 1887), Przemysław Pieniążek (1887, 1888 i 1899), Stanisław Paszkowski (1889), Antoni Mars (1890), Antoni Władysław Gluziński (1891), Stanisław Ponikło (1892), Józef Łazarski (1893), Józef Walentowicz (1895), Józef Surzycki (1896 i 1897), Kazimierz Kostanecki (1901 i 1902), Julian Nowak (1903, 1904 i 1905), Maksymilian Rutkowski (1906), Aleksander Rosner (1907), Eugeniusz Borzęcki (1908), Stanisław Dobrowolski (1909), Bolesław Wicherkiewicz (1910), Napoleon Cybulski (1911), Tomasz Janiszewski (1912, 1913), Bronisław Kader (1914, 1915), a w roku jubileuszowym był trzydziestym szóstym prezesem Jan Piltz. Liczba członków czynnych z 39 w roku założenia doszła po 50 latach do 211.

Towarzystwo lekarskie krakowskie w całym pięćdziesięcioletnim okresie wypełniało główny swój obowiązek, swoje zadania naukowe. Oczywiście niezawsze była praca Towarzystwa jednakowo ożywiona; tętno życia naukowego w Towarzystwie wznosiło się i opadało, jednakże aż do lat ostatnich nie uległo przerwie. Dopiero, gdy zmienną koleją wojny znalazł się Kraków w środku linii bojowej i gdy wraz z przymusowem wyludnieniem zamarło prawie całe życie publiczne w mieście na szereg długich miesięcy, wtedy i Towarzystwo lekarskie przebyć musiało ciężkie przesilenie, z którego dźwigło się niemal dopiero w roku jubileuszowym. Zresztą jednak góruje ostatnie piętnastolecie ruchliwością nad latami poprzedniemi; mianowicie granicznym był rok 1901 przez stałe podwojenie liczby posiedzeń, co było wzorem dla przeważnej liczby lat następnych. Rozprawy Towarzystwa odźwierciedlały współczesny stan wiedzy i sztuki lekarskiej, a niekiedy wyprzedzały zagranicę bądź podaniem nowych, nieznanych spostrzeżeń lub sposobów badania i leczenia, bądź krytycznem sprawdzeniem spostrzeżeń cudzoziemskich.

Piękną kartą w tym zakresie działalności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego są wieloletnie prace kilku jego komisyi stałych. Na pierwszym planie trzeba postawić pracę około czasopiśmiennictwa lekarskiego, wyrażającą się wydawnictwem »Przeglądu lekarskiego«. Nieodrazu wzięło Towarzystwo to zadanie na swoje barki; »Przegląd«, założony wcześniej, niż Towarzystwo, bo jeszcze w r. 1862 przez Wydział przyrodniczo-lekarski Towarzystwa naukowego krakowskiego, przeszedł w ręce Towarzystwa lekarskiego dopiero w r. 1873. Dzieje te zbyteczna tu wspominać, gdyż niezbyt dawno podał je »Przegląd lekarski« w znakomitem opracowaniu historycznem [1]). Niepodobna jednak pominąć tu nazwisk dwu najzasłużeńszych redaktorów »Przeglądu lekarskiego«: Leona Blumenstoka, który, pracując przez lat 15, podniósł to pismo na wysoki poziom naukowy i zrównał z najlepszymi ówczesnymi tygodnikami lekarskimi zagranicznymi, i Augusta Kwaśnickiego, który obok dziesięcioletniej znakomitej pracy redaktorskiej, był przez lat przeszło czterdzieści uosobieniem najlepszych tradycyi Towarzystwa lekarskiego, pracując dlań bez przerwy na rozmaitych urzędach, mimo trudnych warunków zawsze skutecznie. Miarą uznania, jakie otoczyło Augusta Kwaśnickiego, był Jego obchód jubileuszowy, urządzony przez Towarzystwo lekarskie.

W drugim rzędzie należy wymienić trzydziestoletnią nieprzerwaną, żmudną pracę Komisyi sprawozdawczej do Roczników Virchowa-Hirscha. Powstała w r. 1875 na wniosek Edwarda Korczyńskiego, miała ona za zadanie zdawać sprawę z piśmiennictwa lekarskiego polskiego w owych referatowych rocznikach niemieckich, w całym świecie rozpowszechnionych, i w ten sposób zapewnić naszemu dorobkowi naukowemu wstęp do piśmiennictwa wszechświatowego. Spełniając sumiennie swoje zadanie, osiągała ta Komisya w zamierzonym zakresie swój cel; najdłużej kierowali jej pracami Józef Oettinger, Rudolf Trzebicky i Leon Wachholz. Po latach trzydziestu, w r. 1904, uproszono Towarzystwo lekarskie lwowskie, aby z kolei wzięło to zadanie na siebie.

Współcześnie z Komisyą sprawozdawczą powstaje, również na wniosek Edwarda Korczyńskiego, Komisya terminologiczna, której przypadło ważne zadanie ustalenia i wydania słownictwa lekarskiego polskiego, jako pierwszorzędnej podstawy nauczania i rozwoju swojskiego piśmiennictwa. Na zawsze we wdzięcznej pamięci pozostać powinny nazwiska członków tej pierwszej komisyi: Janikowskiego, Oettingera, Kremera, Domańskiego i Rydla. Zrazu po dwuletniej pracy ogłosiwszy dodatek do dawniejszego, niezupełnego słownika Kremera i Skobla, stwarza ta komisya pierwszy ogólny »Słownik terminologii lekarskiej polskiej«, wydany przez Towarzystwo lekarskie krakowskie w r. 1881. Po wyczerpaniu się tego słownika utworzył VI Zjazd przyrodników i lekarzy polskich osobny komitet dla ponownego wydania, poruszano rzecz wielokrotnie w Towarzystwie lekarskiem, ale sprawa mimo to nie postępowała. Dopiero w r. 1897 energia ówczesnego prezesa wprowadziła ją na dobre tory. Do nowej komisyi słownikowej wybrani zostali Tadeusz Browicz, Stanisław Ciechanowski, Stanisław Domański i Leon Kryński. Po siedmioletniej pracy wydała ta komisya w r. 1905 słownik, znacznie od poprzedniego obszerniejszy, a zupełnie na nowo opracowany.

W zakresie naukowym pracowała jeszcze Komisya medycyny sądowej (1879), oraz Komisya higieniczna (1876—1879). Komisya higieniczna zajmowała się obok strony naukowej także praktyczną stroną higieny publicznej, zacieśniwszy jednak później swój zakres do spraw higienicznych miasta, nie mogła istnieć obok oficyalnej miejskiej komisyi sanitarnej (do której wówczas wysyłało Towarzystwo swych delegatów) i została rozwiązana już po trzech latach. Pomimo kilkakrotnych prób, ponawianych zwłaszcza po upadku samodzielnego »Towarzystwa przyjaciół zdrowia« (istniejącego w ostatnim dziesiątku XIX w., a założonego na wniosek Henryka Jordana przez komitet, który wybrało Towarzystwo lekarskie), nigdy już potem nie miało Towarzystwo lekarskie żywotnej komisyi higienicznej; nie przestało jednak żywo się zajmować sprawami społeczno-higienicznemi, niejednokrotnie zwracając uwagę władz i społeczeństwa na ważne z tego zakresu zagadnienia, jak n. p. przedstawiając projekty organizacyi służby lekarskiej publicznej, projekt ustawy o szczepieniu, projekt organizacyi sanitarnej gminnej, memoryał (już w r. 1875) domagający się założenia Wydziału lekarskiego we Lwowie, — później zaj-

[1]) Adam Wrzosek. Rzut oka na rozwój czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego. Przegląd lek. 1911.

mując się n. p. sprawami wychowania fizycznego, ustawy o chorobach zakaźnych, walki z gruźlicą i w. i. Dziejopis Towarzystwa będzie też musiał przyznać mu podobnie, jak dziejopis pierwszego jego ćwierćwiecza [1]), choć część zasługi w dziełach społecznohigienicznych, dokonanych przez poszczególnych członków Towarzystwa (Kolonie wakacyjne, Park Jordana, Towarzystwo ratunkowe, Towarzystwo przyjaciół zdrowia, Towarzystwo walki z gruźlicą, sanitarne postępy miasta).

Prawie wyłącznie społeczno-ekonomiczne zadania miały dwie inne komisye: balneologiczna (od r. 1879—1889) i przemysłowa (1878—1882, wskrzeszona na wniosek A. Gluzińskiego w r. 1886). Z obiema związało się nazwisko Edwarda Korczyńskiego, który najdłużej niemi kierował. Komisya balneologiczna swą 12-letnią działalnością przyczyniła się poważnie do postępów w zdrojownictwie krajowem; spadek ideowy objęło po niej zawiązane w kilkanaście lat później Polskie Towarzystwo balneologiczne. Komisya przemysłowa zaopiekowała się skutecznie młodym przemysłem aptekarskim; w miarę silniejszych podstaw, jakie sobie ten przemysł zdobywał, czynności tej komisyi zmaleć musiały.

Osobne, a zaszczytne miejsce zajmuje w dziejach Towarzystwa lekarskiego krakowskiego współudział jego w stworzeniu Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich. Pierwszą myśl takich zjazdów rzucił Adryan Baraniecki jeszcze w r. 1861, ale wybuch powstania udaremnił dalsze przygotowania. Dopiero w r. 1878 poruszył Baraniecki rzecz tę ponownie w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem i ono też wybrało pierwszy komitet gospodarczy, który opracował ustawę zjazdów i doprowadził do skutku pierwszy zjazd w r. 1869. Na dalszych zjazdach w Krakowie pełniło też Towarzystwo lekarskie obowiązki współgospodarza.

Wobec nizkich opłat i szczupłych dochodów, których część główna szła na wydawanie »Przeglądu lekarskiego«, niełatwo i nierychło zdołało Towarzystwo lekarskie krakowskie zdobyć należyte środki pomocnicze dla swej pracy, jak własny gmach, bibliotekę i pracownię. Posiedzenia odbywały się zrazu w gościnnych murach Akademii Umiejętności, potem w salach klinicznych, okulistycznej, internistycznej, dalej kolejno w salach medycyny sądowej, patologii, farmakologii (jeszcze w Collegium phisicum), botaniki (w Collegium novum), geologii. Wniosek budowy własnego gmachu jest zasługą Antoniego Marsa, który też był duszą wybranego w tym celu komitetu (od 1890) i który z dobrowolnych składek koleżeńskich zebrał pierwszy kilkotysięczny fundusz. Energii i przedsiębiorczości Juliana Nowaka zawdzięcza Towarzystwo z pomocą dalszych ofiar kolegów i Komisyi redakcyjnej naszego pisma oraz uzyskanej pożyczki — dom własny (od 1905), nietylko wygodny, ale, co ważniejsza, stanowiący pomnik sztuki. Dzięki bowiem J. Nowakowi jest dekoracya gmachu dziełem najznakomitszego ówczesnego artysty, Stanisława Wyspiańskiego. — Sprawy biblioteki nie można jeszcze uważać za rozwiązaną. W pierwszem dwudziestopięcioleciu dbało o nią Towarzystwo za mało, bo w r. 1891 było w księgozbiorze dopiero zaledwo 190 tomów dzieł, 540 broszur i kilkadziesiąt roczników czasopism. W r. 1896 ofiarował się sekretarz doroczny uporządkować i skatalogować bibliotekę, zawierającą wówczas, jak się okazało, 270 tomów dzieł, 1339 broszur i 117 czasopism. Gdy jeszcze uzyskała biblioteka lepszą gościnę w Zakładzie anatomii patologicznej, zaczęła oddawać istotne usługi i dość szybko wzrastać. Po przeniesieniu do nowego gmachu Towarzystwa przybyły znaczniejsze dary, a w jubileuszowym roku 1916 doszedł księgozbiór już do liczby 11545 dzieł i broszur i 636 wydawnictw peryodycznych. — Trzecim ze środków pomocniczych, pracownią, nie zajmowało się Towarzystwo lekarskie krakowskie wcale wobec istnienia w Krakowie pracowni uniwersyteckich, dostępnych każdemu lekarzowi.

Ze wszystkich celów, które przyświecały Towarzystwu krakowskiemu przy założeniu, jeden tylko, to jest pomoc dla wdów i sierot po członkach Towarzystwa, przez lat kilkanaście leżał niemal zupełnie odłogiem; pierwszy rzeczywisty krok ku niemu uczyniono dopiero z pomocą Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Był to zarazem pierwszy krok, zbliżający oba Towarzystwa, łamiący początkową wzajemną obojętność, a poczęści i niechęć; ale dopiero po dalszych trzydziestu latach miało owoczesne pierwsze zbliżenie uwieńczyć się najpiękniejszym w historyi obu Towarzystw faktem, równoprawną dobrowolną unią.

Wprawdzie już w r. 1868 komisya Towarzystwa krakowskiego, zajmująca się sprawą kasy wsparć, wniosła, by członkowie Towarzystwa krakowskiego przystępowali do kasy, istniejącej w Towarzystwie lekarzy galicyjskich; wprawdzie w r. 1877 wypracowało Towarzystwo lekarzy galicyjskich projekt złączenia wszystkich Towarzystw w Galicyi, jednakże wnioski komisyi z r. 1868 pozostały na papierze, a projektu z r. 1877 nie przyjęto w Krakowie, jako zbyt »centralistycznego«. Dopiero w r. 1880 zawarły oba Towarzystwa umowę, uznając za swój wspólny organ »Przegląd lekarski« i przyjmując równe obowiązki i prawa wobec kasy wsparć Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Zasługę doprowadzenia tej umowy do skutku dzielił Alfred Biesiadecki ze Stanisławem Domańskim. Wskutek tej umowy uległy też poraz pierwszy odpowiedniej ważnej zmianie statuty obu Towarzystw. Druga, jeszcze głębsza zmiana organizacyi nastąpiła w r. 1909, kiedy całe Towarzystwo lekarskie krakowskie wstąpiło do Towarzystwa lekarzy galicyjskich jako jego »oddział«, posiadający pełną autonomię.

* * *

Pięćdziesięciolecie Towarzystwa lekarzy galicyjskich jest w rzeczywistości także pięćdziesięcioleciem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, chociaż tę nazwę: »Towarzystwo lekarskie lwowskie« przybrała »Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich« dopiero w r. 1901, i chociaż grupa »miejscowych«, lwowskich członków Towarzystwa lekarzy galicyjskich stała się urzędowo oddzielną »sekcyą« z osobnym przewodniczącym dopiero 17 marca 1877. Gdyby dzieje Towarzystwa lwowskiego liczyć dopiero do utworzenia »sekcyi« w Towarzystwie lekarzy galicyjskich, to w roku bieżącym dobiegłyby one czterdziestolecia; ale już i wtedy, gdy nie było ani odrębnej nazwy, ani oso-

[1]) August Kwaśnicki. Sprawozdanie z 25-letniej działalności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Kraków 1891. (Nakładem Tow. lek. krak., str. 40).

bnego przewodniczącego, lwowscy członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich tworzyli przecież grupę odrębną, i to jedyną zrazu, która pracowała naukowo.

Początkiem dziesięcioletniego okresu wspólnych dziejów jest data 2 grudnia 1867, w którym odbyło się pierwsze zebranie Towarzystwa lekarzy galicyjskich w wielkiej sali radnej ratusza lwowskiego. Założycielami jego (i autorami statutu) byli Bolesław Głowacki, Józef Milleret, August Noskiewicz i Zygmunt Rieger. Uczestniczyło w pierwszem zebraniu 47 lekarzy: Armatys, Berthleff, Beiser, Chądzyński, Finger, Festenburg, Głowacki, Gross, Geistlener, Homme, Hofmokl, Jasiński, Kosiński, Kaczkowski, Kiełkowicz, Longchamps, Lisiński, Łopacki, Maciejowski, Molendziński, Mossing, Monczański, Milleret, Nowiński, Noskiewicz, Orzechowski, Ressig, Rappaport, Rektorzik, Rieger, Serda, Spausta, Skałkowski, Stupnicki, Schuller, Tomanek, Wereszczyński, Weber, Widman, Wołek, Wernicki, Werner, Wagner, Witz, Załużny. Pierwsze posiedzenie naukowe odbyło się 4 stycznia 1868.

Czterech pierwszych prezesów zarządzało i całem Towarzystwem lekarzy galicyjskich i przewodniczyło na naukowych posiedzeniach członków lwowskich. Pierwszym z nich był weteran z r. 1831, lekarz sztabowy wojsk polskich, Szczęsny Erazm Maciejowski (1867—1869), następnymi Karol Teodor Berthleff (1870), Zygmunt Rieger (1871—1874), August Noskiewicz (1875—1876). Od r. 1877 wyodrębnionej »Sekcyi« lwowskiej, a od r. 1901 »Towarzystwu« lwowskiemu przewodniczą osobni już prezesowie: Oskar Widman (1877 i 1884), Wiktor Opolski (1878), Bolesław Głowacki (1879), Bogusław Longchamps (1880), Adam Czyżewicz (1881 i 1888), Józef Rożański (1882), Zygmunt Rieger (1883), Józef Merunowicz (1885 i 1886), Henryk Kadyi (1887), Emil Merczyński (1889), Władysław Bylicki (1890), Grzegorz Ziembicki (1891), Longin Feigel (1892), Hilary Schramm (1893), Edward Stroynowski (1894), Edward Festenburg (1895), Jan Prus (1896), Józef Wiczkowski (1897), Emanuel Machek (1898), Antoni Gluziński (1899, 1907 i 1908), Feliks Sielski (1900), Adolf Beck (1901), Adam Sołowij (1902), Włodzimierz Łukasiewicz (1903), Ludwik Rydygier (1904), Emil Wechsler (1905), Teofil Stachiewicz (1906), Roman Rencki (1909, 1910), Włodzimierz Sieradzki (1911), Bronisław Skałkowski (1912), Adam Bednarski (1913), Kalikst Krzyżanowski (1914), Paweł Kučera (zastępczo 1915, 1916), a w roku jubileuszowym jest trzydziestym siódmym prezesem Władysław Kohlberger. Liczba członków lwowskich z 47 w r. 1867 wzrosła do 81 w r. 1877, a przed wybuchem wojny w r. 1914 dochodziła 280.

W działalności naukowej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego zauważyć można dwa okresy, różniące się od siebie pewnymi charakterystycznymi rysami, a rozgraniczone pierwszemi latami działalności nowo założonego Wydziału lekarskiego. W obu okresach stało Towarzystwo w równej mierze na wysokości swych zadań, dzięki przedewszystkiem jasnej ocenie swych sił i środków oraz nader trzeźwemu poglądowi na swe obowiązki. Doskonałym tego wyrazem było przemówienie Józefa Rożańskiego przy objęciu przewodnictwa Towarzystwa w r. 1882 [1]). Dostosowywano się też w pierwszym okresie umiejętnie do trudnych warunków, jakie dla pracy naukowej stanowi brak pracowni i klinik uniwersyteckich, a pod tym względem nasuwa się poniekąd porównanie z Towarzystwem lekarskiem warszawskiem w tym okresie, kiedy pracownie i kliniki uniwersyteckie były tam dla Polaków prawie zupełnie niedostępne. Po otwarciu lwowskiego Wydziału lekarskiego umiało zaś Towarzystwo lekarskie poczerpnąć pełną ręką z tego nowego, a obfitego źródła; ruch w Towarzystwie płynie odtąd szczególnie szeroką i silną falą i wysuwa się coraz wybitniej na czoło wszystkich polskich Towarzystw lekarskich. Wyrazem wielkiej żywotności jest to, że nawet w czasie zajęcia Lwowa przez wojska rosyjskie nie zerwał się wątek pracy Towarzystwa, a po ustąpieniu najazdu snuje się odrazu dalej mimo bardzo przerzedzonych szeregów członków i różnych zewnętrznych trudności.

W popieraniu piśmiennictwa lekarskiego polskiego zlewa się działalność »Sekcyi« lwowskiej aż do r. 1901 z działalnością całego Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W r. 1901 usamodzielnione poniekąd »Towarzystwo« lwowskie obiera »Przegląd lekarski« za swój organ, służący równocześnie Towarzystwu krakowskiemu i galicyjskiemu. Od r. 1907 natomiast stosunek ten rozwiązuje się, a wyłącznym organem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego staje się »Lwowski Tygodnik lekarski«, założony rok przedtem przez grono lekarzy lwowskich. Wskutek zajęcia Lwowa w r. 1914 przez Rosyan przerywa się czasowo wydawnictwo »Tygodnika«, a w obowiązkach organu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego zastępuje go tymczasowo »Przegląd lekarski«. Poza tą urzędową niejako stroną stosunku Towarzystwa lwowskiego do czasopism polskich, należy wspomnieć o nieznanych dotąd ogółowi, bo nieogłaszanych oficyalnie, objawach serdecznej troski o te czasopisma. Jak w r. 1874 zachwianemu »Przeglądowi lekarskiemu«, tak pod koniec XIX w. pospieszyło grono członków Towarzystwa lwowskiego obok członków Towarzystwa krakowskiego z pomocą moralną i materyalną innemu polskiemu czasopismu lekarskiemu, przechodzącemu przesilenie, a wśród największych trudności wznoszącemu sztandar polskiej nauki w kresowej dzielnicy.

Jeszcze jedną podobną zasługę powinienby zapisać historyk Towarzystwa lwowskiego poza urzędową kroniką uchwał i posiedzeń; mianowicie w tym czasie, kiedy było jeszcze bardzo trudno o polskie podręczniki, nie pozostał Lwów w tyle w ich stworzeniu, chociaż, pozbawiony Wydziału lekarskiego, miał znacznie gorsze warunki od Krakowa.

W r. 1904 objęło Towarzystwo lekarskie lwowskie żmudne zadanie zdawania sprawy z literatury lekarskiej polskiej do roczników Virchowa-Hirscha, powierzając je komisyi pod kierunkiem Adolfa Becka.

Kierunek higieniczno-społeczny ma w Towarzystwie lwowskiem już od pierwszych lat przedstawicieli, chociaż może nie zaznacza się tak silnie, jak w późniejszych dziesięcioleciach; objawia się on bądź w bezpośredniej działalności Towarzystwa, bądź pośrednio, w dziełach jego członków (szpitalnictwo, założenie Towarzystwa ratunkowego, Towarzystwa higienicznego, jedynego obecnie w Galicyi

[1]) Por. M. W. Herman. Z kroniki Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Z powodu 30-tej rocznicy. Lwów 1907, (na str. 14).

Towarzystwa zabaw ruchowych, Towarzystwa walki z gruźlicą, kolonii wakacyjnych i w. i.). Natomiast od samego początku występuje w Towarzystwie lwowskiem nadzwyczaj silnie rys patryotyczny (obrona praw języka polskiego w r. 1868, protest przeciw obsadzaniu cudzoziemcami katedr w polskich wszechnicach w r. 1879 [1]), w dawniejszym zaś okresie swoim, przed powstaniem Rad honorowych Izb lekarskich, czuwa Towarzystwo pilnie, a bardzo energicznie, nad etyką zawodu lekarskiego (m. i. utworzenie już w r. 1876 »Komisyi zgody« [2]).

Ze środków pomocniczych nie pomyślało Towarzystwo lwowskie, podobnie jak i krakowskie, wcale o pracowni, stosunkowo zaś późno o własnym gmachu. Posiedzenia gościły aż do r. 1889 w małej sali radnej ratusza, potem w sali (przy ulicy Blacharskiej, 18), dzierżawionej wspólnie z Krajową Radą zdrowia, od r. 1899 w sali, odnajmowanej od Towarzystwa lekarzy galicyjskich w jego domu (przy ulicy Dominikańskiej, 11). W ostatnich dopiero latach poczęto zbierać fundusze na własny gmach Towarzystwa, w czem głównie czynny był R. Rencki. Natomiast wcześnie zaczęła powstawać biblioteka, której podwaliny położył już w r. 1867 dar Bogumiła Mossinga. Na uporządkowanie księgozbioru przyszło wszakże czekać długo. Dopiero po przeniesieniu do domu Towarzystwa lekarzy galicyjskich zajął się tem bibliotekarz Klemens Dębicki i po paru latach pracy wydał w r. 1892 katalog, obejmujący 4107 numerów; w dalszem prowadzeniu biblioteki zasłużyli się W. Sieradzki i A. Zawadzki.

W jednym względzie są pięćdziesięcioletnie dzieje Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odwrotnym obrazem dziejów Towarzystwa krakowskiego, a mianowicie co do organizacyi. Gdy Towarzystwo krakowskie od zupełnej odrębności poprzez ugodę w r. 1880 dochodzi w r. 1909 do złączenia się zupełnego z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, to grono lekarzy lwowskich, zrazu nie tworzące osobnego ciała w tem Towarzystwie, od r. 1877 poprzez okres »sekcyi« wywalczając sobie coraz większą samodzielność, otrzymuje w r. 1901 nazwę »Towarzystwa« obok większych praw, a w r. 1909 wreszcie pełną autonomię. Z wręcz przeciwnych biegunów szły więc Towarzystwo lwowskie i krakowskie naprzeciw siebie do jednakowego kresu, tem właśnie dawniejszem przeciwieństwem dopomagając wzajemnie i sobie i ogólnemu dobru. Bo gdy Towarzystwo lwowskie było oczywistym dowodem, że ścisły związek z Towarzystwem ogólnokrajowem w niczem nie szkodzi głównym zadaniom oddziału stołecznego, mianowicie naukowym, to znów Towarzystwo krakowskie było zachętą do rozszerzenia praw oddziałów i przyznania im samorządu. Zrównanie praw obu Towarzystw, kładąc kres resztkom dawnych zaściankowych zawiści, wzmocniło więźbę całej organizacyi.

* * *

W jakim stopniu pierwsze dziesięciolecie Towarzystwa lekarzy galicyjskich należy w istocie także do dziejów Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, objaśnia najlepiej stosunek liczebny członków lwowskich do członków z poza Lwowa. Na ogólną liczbę 124 było w r. 1876 ze Lwowa 78 członków, a z poza Lwowa 46. Do tego też czasu niema mowy o ruchu naukowym w Towarzystwie lekarzy galicyjskich poza obrębem Lwowa.

Dopiero od r. 1877, kiedy na wniosek Biesiadeckiego, a wedle projektu Rożańskiego uchwalono (17 marca) podzielić Towarzystwo lekarzy galicyjskich na »sekcye« terytoryalne, nie wyczerpuje działalność »sekcyi« lwowskiej całego ruchu naukowego w Towarzystwie.

Sekcyi tych było zrazu 16; zwolna większe obszary kraju rozdzielały się dalej na sekcye i liczba ich dosięgła w końcu 21, łącznie z sekcyą lwowską. Sekcye prowincyonalne obejmowały po 3 do 5 powiatów, z wyjątkiem najmłodszej sekcyi zakopiańskiej, obejmującej jeden tylko powiat nowotarski. Siedzibą tych sekcyi, oprócz Lwowa, były: Bochnia, Brzeżany, Czortków, Jarosław, Jasło, Kołomyja, Nowy Sącz, Przemyśl, Rzeszów, Sambor, Sanok, Stanisławów, Stryj, Tarnobrzeg, Tarnopol, Tarnów, Wadowice, Zakopane, Złoczów, Żółkiew. Od r. 1909 nadano sekcyom nazwę »oddziałów« Towarzystwa i wtedy też przybył dwudziesty drugi oddział: Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Większość oddziałów prowincyonalnych była przez cały czas swego istnienia pod względem naukowym zupełnie lub prawie zupełnie bierna. I nie dziw; nie mogło być mowy nietylko o wspólnej pracy naukowej, ale nawet o częstszem zjeżdżaniu się w wielu oddziałach, nie mających nawet 20 członków, i to rozproszonych po jednemu lub po dwóch w odległych miejscowościach kilku powiatów ze złą komunikacyą. Tylko te oddziały mogły cośkolwiek zdziałać, które miały siedzibę w nieco większych miastach, gdzie na miejscu stale mieszkało kilkunastu lekarzy. To też to tu, to ówdzie, budził się któryś z tych oddziałów do życia naukowego, zależnie od chwilowych warunków. od osiedlenia się ruchliwszej jednostki, od czasowych częstszych stosunków ze stolicą i t. p. Trwale zapisał się w tym względzie jeden tylko oddział: jarosławski. Z tych oddziałów, których działalność zaznaczała się czasowo, w pierwszym rzędzie wymienić należy przemyski, stryjski, wadowicki, a w ostatnich latach przed wojną zakopiański, którego rozwój bardzo pięknie się zapowiadał. Z powodu stosunków wojennych niepodobna dziś zebrać dostatecznych wiadomości o oddziałach nawet do krótkiego niniejszego wspomnienia.

* * *

Statut Towarzystwa lekarzy galicyjskich kilkorakie mu wskazywał cele: pracę około rozwoju nauki w połączeniu z zadaniami społeczno-higienicznemi, krzewienie koleżeństwa i strzeżenie etyki obok czuwania nad interesami stanu lekarskiego, wreszcie pomoc dla wdów i sierot po lekarzach i dla niezdolnych do pracy, a zubożałych kolegów. Prócz celów humanitarnych przedstawia się dążenie do wszystkich innych celów w ciągu pięćdziesięciolecia jakby mozajka nierównej roboty i niejednakiej wszędzie wartości, bo też i tworzona w wielu miejscach, we Lwowie, w Krakowie, w mniejszych miastach i po powiatach, tworzona rękami, które się częściej zmieniały. W działalności humanitarnej Towarzystwa większa jest jednolitość, większa

[1]) O tych i innych faktach, dotyczących urzędownie całego Towarzystwa lekarzy galicyjskich, ale w istocie rzeczy związanych z działalnością lwowskich tylko członków, ob. Herman l. c., str. 7.

[2]) Tamże, str. 9.

spoistość, równiejszy postęp, bo też i ta działalność odrazu skupiona została tylko we Lwowie, czuwało nad nią zawsze całe Towarzystwo, a kierowało grono stalsze, umiejące zawsze złączyć to, co było dobrego w tradycyi przeszłości, z tem dobrem, które przynosiła zmiana stosunków. Gronem tem była Rada zawiadowcza, zawdzięczająca tę ciągłość i jednolitość przedewszystkiem rozumnej i celowej pracy swoich przewodniczących, których w ciągu pół wieku było tylko dziewięciu.

Pierwszych czterech, od zawiązania Towarzystwa 2 grudnia 1867 do utworzenia sekcyi Towarzystwa w r. 1877, kierowało tak posiedzeniami naukowemi lwowskich członków Towarzystwa, jakoteż wszystkiemi pracami organizacyjnemi i administracyjnemi całego Towarzystwa. Byli to wymienieni już powyżej: S. Maciejowski (1867—1869), K. Berthleff (1870), Z. Rieger (1871—1874), A. Noskiewicz (1875, 1876). Następcy ich sterowali już tylko czynnościami administracyjnemi, organizacyjnemi i humanitarnemi Towarzystwa, naukowemi zadaniami zajmując się tylko w zakresie popierania piśmiennictwa lekarskiego (wydawanie organu Towarzystwa). Byli to: Alfred Biesiadecki (1877 do 1882 i 1885 do 1888), Hoszard (1883, 1884) Adam Czyżewicz (1889 do 1894), Józef Merunowicz (1895 do 1910), wreszcie Emanuel Machek (1911 aż po dziś dzień). Na czele Towarzystwa stawali więc najwybitniejsi przedstawiciele lekarzy w kraju, zajmujący najwyższe stanowiska publiczne: dwaj — Biesiadecki i Merunowicz — byli naczelnymi lekarzami (protomedykami) Galicyi, Czyżewicz był prezesem Krajowej Rady zdrowia i twórcą jej sprawozdań o sanitarnym stanie kraju, Hoszard — członkiem najwyższej władzy autonomicznej, t. j. Wydziału krajowego.

Podobnie, jak w naczelnem kierownictwie, tak i w organizacyi Towarzystwa lekarzy galicyjskich zmian było bardzo niewiele: ważniejszych przeżyło Towarzystwo tylko trzy, a mianowicie w r. 1877 utworzenie »sekcyi« terytoryalnych, w r. 1880 układ z Towarzystwem lekarskiem krakowskiem o wspólny organ i wspólną kasę wsparć, a wreszcie w r. 1909 unię z tem Towarzystwem. Te zmiany wywierały wpływ na wzrost liczebny Towarzystwa. I tak, gdy w pierwszym roku istnienia liczba członków wynosiła tylko 48, a po latach dziesięciu, w r. 1876, zawsze jeszcze tylko 124, to po utworzeniu sekcyi wzrasta ona wkrótce do 389 (w r. 1880). Unia z Towarzystwem lekarskiem krakowskiem podnosi liczbę członków z 566 (w r. 1908), do ośmiuset bezmała (770 w r. 1911, 789 w r. 1912).

Humanitarna działalność Towarzystwa z początków bardzo skromnych rosła w gospodarnych rękach Rady zawiadowczej statecznie i doszła po latach pięćdziesięciu nieprzewidywanych rozmiarów. Gdy pierwsze wsparcie stałe (pensyę) w kwocie 300 złotych reńskich i pierwszą zapomogę w kwocie 100 złr. mogło Towarzystwo przyznać dopiero w r. 1873, to po pierwszem ćwierćwieczu doszła ogólna suma wsparć wypłaconych 57.308 kor., w drugiem zaś ćwierćwieczu wypłacało Towarzystwo rocznie na wsparcia zrazu około 7 do 8 tysięcy, od roku 1903, dzięki krociowej fundacyi Jasińskiego, już po 12 do 13 tysięcy, a za energicznych rządów teraźniejszego prezesa po 15, w roku bieżącym nawet 20 tysięcy koron. Prawdziwie ogniową próbę przeszło Towarzystwo w czasie wojny, nie zawiesiwszy ani na chwilę swej działalności humanitarnej i wbrew największym trudnościom niosąc bez przerwy pomoc z obu stron linii bojowej; z obu stron jej bowiem rozdzieleni członkowie Rady zawiadowczej, z tej strony przedewszystkiem prezes, z tamtej, w zajętym Lwowie, skarbnik, umieli znaleźć środki na wypłatę wsparć i odszukać wdowy i sieroty, popadłe w skrajną nieraz potrzebę. Ta działalność w czasie wojny będzie na zawsze jedną z najpiękniejszych kart w kronice Towarzystwa. Wsparcia w czasie wojny nie zmalały, a w tych czterech latach ostatnich wyniosły razem 64.285 k. W całem drugiem ćwierćwieczu wydało Towarzystwo na wsparcia prawie sześć razy tyle, co w pierwszem, mianowicie 288.160 k., a w całem pięćdziesięcioleciu dochodzi suma wsparć kwoty 345.468 k.

Tym istotnie wielkim zadaniom mogło Towarzystwo sprostać dzięki ofiarności koleżeńskiej, przez siebie z latami rozbudzonej. Oprócz funduszów, gromadzonych powoli, grosz do grosza, z rocznych opłat członków, nie minął żaden zjazd, żadna koleżeńska uroczystość bez dobrowolnych składek »na wdowy i sieroty«. Przodowali w tem przedewszystkiem koledzy lekarze urzędowi. Najbardziej czczonym i kochanym kolegom zamiast ofiarowywać upominki jubileuszowe, zamiast urządzać uczty, składano hołd przez tworzenie w Towarzystwie lekarzy galicyjskich fundacyi ich imienia. Przybywały też stopniowo większe i mniejsze dary i zapisy, nieraz majątki, zbierane przez całe życie wśród ciężkiej pracy, z wyrzeczeniem się wygód, z ciągłą myślą o osierociałych rodzinach lekarskich. Z większych fundacyi przybywały stopniowo: fundacya im. Niedźwieckiego (1884), Biesiadeckiego, Krzeczunowicza i Garbińskiego (1888), Mahla (1890), Gilewskiej (1892), tak że po latach 25 wynosiły fundacye wieczyste 83.126 k., a oprócz tego miało już Towarzystwo jeden wspaniały zapis — Bonifacego i Magdaleny Stillerów — (r. 1891), złożony z Morszyna (zakład zdrojowy i folwark) i 33.192 k. gotówki. Dzień 25-lecia Towarzystwo upamiętnia utworzeniem własnej fundacyi jubileuszowej. Później przybywają fundacye im. Merunowicza (1898), Rydygiera (1899), Marsa (1904), krociowy zapis Jasińskiego (1903), dalej Barzyckiego (1911), Czyżewicza (1912), Ziembickiego (1913), Macheka, wreszcie wchodzą w życie fundacye Kalisza, Gawełkiewicza i znów krociowy zapis Lukasa (1916). W ten sposób z końcem pięćdziesięciolecia doszły fundacye wieczyste, (wraz z drobniejszemi) do liczby 28, do ogólnej kwoty 801.341 k., a z wartością Morszyna 978.619 k.

Zakończmy wspomnieniem tego, co nas najbliżej z Towarzystwem lekarzy galicyjskich prawie przez całe półwiecze łączyło i dziś łączy. To sprawa organu Towarzystwa. W pierwszych latach istnienia wydawało Towarzystwo jako własny organ we Lwowie »Rocznik Towarzystwa lekarzy galicyjskich«, na który pono nie bardzo chętnem [1]) patrzano okiem z Krakowa ze względu na byt »Przeglądu lekarskiego«, wychodzącego od r. 1862 i już uznanego za organ Towarzystwa krakowskiego. Tego »Rocznika Towarzystwa lekarzy galicyjskich« wyszło tylko dwa tomy (1868, 1869), poczem przez dwa lata niema Towarzystwo żadnego organu. Dopiero w r. 1872 obiera Towarzystwo za swój organ »Służbę zdrowia publicznego«, wydawaną we Lwowie przez Dobieszewskiego, zwiniętą je-

[1]) Por. Herman l. c., str. 6.

dnak już w drugiem półroczu tegoż roku. Od r. 1873 rozpoczyna się związek Towarzystwa lekarzy galicyjskich z naszem czasopismem; w tym roku spieszy mianowicie Towarzystwo z pomocą zachwianemu »Przeglądowi lekarskiemu«, potem organem Towarzystwa jest »Dwutygodnik medycyny publicznej«, wydawany zrazu jako dodatek do »Przeglądu«, w końcu oddzielnie. Nareszcie w r. 1880 staje się »Przegląd lekarski« organem Towarzystwa lekarzy galicyjskich, wyłącznym do r. 1909, a obok »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego« od r. 1909 do wybuchu wojny. Od r. 1915 do dziś pełni »Przegląd« zadania obu organów.

* * *

Ostatnie dwa wieki uczyły i nauczyły Polaków mierzyć wszelkie dzieła ludzkie miarą ich pożytku dla Narodu. Gorzka to i twarda była szkoła i tak silnie wraziła się w dusze polskie, że pożytek dla Narodu stał się najwyższą każdego czynu próbą, że innej, czulszej i prawdziwszej wagi Polak nie zna. Na tej szali ważymy i takie prace, które według pospolitego mniemania uchodzą za kosmopolityczne. Więc też nawet w działalności Towarzystw naukowych odczuwamy składniki narodowe i nie potrzeba nam, jak może innym narodom, Pasteurowskiego napomnienia: »La science n'a pas de patrie, le savant doit en avoir une«.

Przyszłość zawyrokuje, czy nasze Towarzystwa lekarskie przez pierwsze swe półwiecze wypłaciły wszystek swój obowiązek względem Narodu; ale to pewna, że w swoim zakresie obowiązkowi temu służyły, ile mogły, i że była to służba wierna, a zawsze świadoma celu.

Pracowały nasze Towarzystwa w trudzie uczciwym, jak ci wszyscy, którzy od lat stu dwudziestu wytężali ramiona, aby »co się skaziło, naprawili; co się zraniło, zleczyli; co się rozwiązało, spoili«; pracowały w miarę sił pospołu z innymi, aby dobyć z toni i odbudować ów »namilszy okręt ojczyzny naszej, co wszytkich nas niesie, wszytko w nim mamy, co mamy«.

Dorobek swej pracy, pod tem hasłem dokonanej, przekażą następnemu pokoleniu z wiarą i nadzieją. Bo »zasługa dla ojczyzny jest jako ziarno; a kto schowa ziarno w kłosie na rok przyszły, na życie przyszłe, ten otrzyma ziarn sto, a z tych stu, tysiące tysięcy« [1]).

Quod felix, faustum, fortunatumque sit!

[1]) Księgi Narodu i Pielgrzymstwa polskiego.

Z kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o t. zw. nerwicach wojennych i ich leczeniu

na podstawie własnych spostrzeżeń

opracował

Prof. Dr Jan Piltz

Dyrektor kliniki

Według odczytów wygłoszonych w Krakowie 25 listopada 1916 i 27 stycznia 1917 na zebraniu naukowem wojskowych lekarzy twierdzy i 31 stycznia 1917 w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem.

Im dłużej trwa wojna, tem częściej zdarzają się przypadki chorób układu nerwowego. Z drugiej strony przed kilku miesiącami ministerstwo wojny wydało reskrypt, według którego wszystkie przypadki nerwowe, należące do obszarów komend wojskowych: Lwów, Przemyśl i Kraków, mają być odsyłane do leczenia do szpitala garnizonowego Nr 15 lub do uniwersyteckiej kliniki chorób nerwowych w Krakowie.

Z tych dwu powodów napływ nerwowo chorych do kliniki wzrósł w ostatnich miesiącach do nadzwyczajnych rozmiarów [1]).

Równocześnie zmienił się też nasz materyał kliniczny pod względem narodowościowym w tym kierunku, że obecnie nasi chorzy są to przeważnie Polacy; Niemców, Węgrów i Czechów, o ile nie należą do wyżej wymienionych komend, odsyła klinika do szpitali ojczystych, a z drugiej strony Polaków, leczących się po innych krajach koronnych, tamtejsze szpitale odsyłają obecnie do Krakowa.

Wśród tej olbrzymiej masy nerwowo chorych przeważają przypadki funkcyonalnych nerwic, które dadzą się ująć w następujące grupy: 1° przypadki neurastenii, 2° histero-neurastenii, 3° histero-hypochondryi i 4° histeryi.

Neurastenia powstaje na tle przemęczenia i wyczerpania z powodu nadmiernego wysiłku układu nerwowego przy niedostatecznem odżywianiu i odpoczynku i równoczesnem szkodliwem oddziaływaniu przykrych wzruszeń moralnych.

Objawy histero-neurasteniczne, histero-hypochondryczne i histeryczne powstają najczęściej z powodu fizycznych i psychicznych urazów. Przy powstawaniu ich jednakże najgłówniejszą rolę ma dziedziczne, a właściwie wrodzone neuropatyczne i psychopatyczne usposobienie. Urazy odgrywają tylko rolę czynnika wyzwalającego. U osobników bowiem z natury zdrowych i dziedzicznie nie obciążonych występują objawy histeryczne stosunkowo rzadko.

U większości naszych chorych z objawami histero-neurastenicznymi, histero-hypochondrycznymi i histerycznymi znajdujemy zwykle albo pewną wrodzoną niedostateczność psychofizycznej konstytucyi, albo pewien stopień psychopatycznej mniejwartościowości z rozmaitemi wrodzo-

[1]) Co drugi dzień przybywa do kliniki od 20 do 50 nowych chorych.

nemi cechami neurotycznemi, neuropatycznemi lub psychopatycznemi. Cechy te są następujące: nieśmiałość, lękliwość, przeczulenie, drażliwa słabość, zmniejszenie odporności, brak równowagi wewnętrznej, siły woli, wytrwałości i zdolności panowania nad sobą, egocentryzm, defekty moralne albo wygórowana przesadna wrażliwość etyczna, pewien stopień niedorozwoju intelektualnego lub moralnego, a przedewszystkiem t. zw. histeryczny sposób oddziaływania na bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne.

Na tle tej patologicznej konstytucyi powstają w czasie wojny, tak samo zresztą jak i w czasach pokoju, tylko znacznie częściej, — z jednej strony pod wpływem powoli działających szkodliwych fizycznych i psychicznych czynników, a z drugiej pod wpływem nagle działających urazów fizycznych i psychicznych — najrozmaitsze objawy porażenia albo podrażnienia układu nerwowego.

I tak widzimy przypadki psychogenicznej ślepoty, głuchoty, niemoty, głuchoniemoty, afonii, jąkania, ruchowej albo czuciowej monoplegii, hemiplegii lub paraplegii, astazyi, abazyi, dysbazyi, drżenia, pseudospastycznego porażenia, klonizmów, napadów drgawkowych, moczenia, albo z drugiej strony stany depresyi, podniecenia lub zamroczenia[2]). Wszystkie te patologiczne objawy nie stanowią oczywiście same przez się odrębnych jednostek chorobowych. Są one w większości przypadków tylko wyrazem i dowodem już przedtem istniejącego usposobienia.

Wymienione poszczególne patologiczne objawy występują albo oddzielnie, albo w kombinacyi z innymi. I tak widzimy nieraz obok pseudospastycznej paraparezy czy monoparezy — napady histeryczne, obok zaburzeń mowy u jednego i tego samego chorego — n. p. dysbazyę z drżeniem. W większości naszych przypadków z rozmaitymi objawami porażenia czy podrażnienia spostrzegamy natomiast zwykle pewien wyraźnie zarysowujący się stan depresyi w połączeniu z zaburzeniami woli.

Wszystkie wyliczone powyżej objawy powstają albo nagle, albo powoli i stopniowo. Wreszcie doświadczenie wykazuje, że występują one w czasie walki ruchowej i pozycyjnej, na froncie lub poza frontem bojowym, przed bitwą, podczas bitwy lub po bitwie, w obszarze etapowym, tak samo jak wewnątrz kraju, w czasie służby, albo nawet dopiero w szpitalu. To nas oczywiście wcale dziwić nie może, boć przecież wszystkie te objawy chorobowe spotykaliśmy i przed wojną, jakkolwiek znacznie rzadziej.

Jako przyczynę powstania choroby podają nasi chorzy: — przestrach, wybuch granatu, zasypanie, odmrożenie, przeziębienie, nagły zimny przeciąg, lub choroby wewnętrzne, jak ostry gościec stawowy, obrzęk kończyn lub poszczególnych stawów, »reumatyzm« i t. p. Według mnie, jak już wyżej zaznaczyłem, wszystkie te czynniki szkodliwe odgrywają tylko rolę czynnika wywołującego, a właściwa droga powstawania tych objawów jest w większości przypadków »psychogeniczna«. Powstają one mianowicie z powodu patologicznej autosuggestyi, która się do tych rozmaitych czynników wywołujących dołącza.

Ta patologiczna autosuggestya jest jakgdyby chwastem, który wyrasta na tle wzruszeń i patologicznych stanów afektywnych, jakie wyżej wymienione wyzwalające czynniki u osobników z histerycznym sposobem oddziaływania wywołują. T. zw. psychiczne zakażenie odgrywa tu też nieraz dużą rolę. U chorego O. A. (przypadek V) wystąpiło drżenie dolnych kończyn po następującym urazie: Sąsiad jego w koszarach, dostawszy nagle napadu drgawek padaczkowych, przewrócił się na łóżko A. i upadł mu na nogi. Od tej chwili wystąpiło u A. drżenie nóg. Drżenie to wzmogło się jeszcze bardziej po drugim psychicznym urazie, jakiego chory doznał następnego dnia przez to, że żołnierz, który zrana budził kolegów, nagle zerwał z A. kołdrę, gdy ten jeszcze spał.

Niekiedy genezy objawów histerycznych należy szukać w t. zw. »fiksacyi« czyli utrwaleniu jednego lub kilku objawów »n e u r o t y c z n e g o s y m p t o m o k o m p l e k s u s t r a c h u«. Zdarza się bowiem nierzadko, że u żołnierzy w polu przy wybuchu granatu lub przysypaniu ziemią, wskutek wstrząsu nerwowego, występuje kompleks neurotycznych objawów strachu, polegający na wzmożeniu wrażliwości zmysłów, przyspieszeniu akcyi serca, zaburzeniach oddychania, utrudnieniu lub utracie mowy, drżeniu, ogólnem osłabieniu lub porażeniu nóg, mimowolnem oddaniu moczu i kału, niepokoju, płaczliwości, dezoryentacyi, zamroczeniu lub depresyi. U ludzi z natury nerwowo zdrowych ten kompleks neurotycznych objawów strachu zazwyczaj już po kilkunastu minutach, po kilku godzinach lub dniach ustępuje. U osobników neuropatycznych i psychopatycznych, szczególnie u histeryków na tle afektu lęku, napięcia wewnętrznego i zaniepokojenia o zdrowie — przychodzi na drodze patologicznej autosuggestyi do utrwalenia się jednego lub drugiego z tych objawów. A dzieje się to albo samorzutnie w czasie transportu chorego z pola walki do miejsca opatrunkowego, w drodze do szpitala, w czasie przenoszenia chorego z jednego szpitala do drugiego, albo w szpitalu pod wpływem zakażenia psychicznego, błędnego rozpoznania, a szczególniej wskutek błędnego leczenia i postępowania z tego rodzaju chorymi, których albo się uważa za organicznie i ciężko chorych i wozi się nieraz całymi miesiącami na specyalnych wózkach, przenosi z jednego miejsca na drugie na noszach, lub odwrotnie, z powodu nieuzasadnionego podejrzenia o symulacyę, traktuje się ich szorstko, bezwzględnie i z lekceważeniem. Na tej drodze przychodzi albo do psychicznego utrwalenia jednego lub kilku objawów owego neurotycznego kompleksu strachu, albo do tego, że do nieznacznych cielesnych lub psychicznych objawów neurastenicznych — wskutek patologicznej autosuggestyi — dołączają się nowe objawy histeryczne. Ten drugi rodzaj powstawania objawów histerycznych nazywają niemieccy neurolodzy »Aufpfropfung« albo »Auflagerung« i mówią o »Auflagerung hysterischer Symptome auf bestehende körperliche oder seelische Schädigungen«.

Odnośnie do b ł ę d n y c h r o z p o z n a ń pragnę tu podnieść, co następuje: Zdarza się nierzadko, że do kliniki przybywają chorzy z typowymi objawami histerycznymi, u których przedtem rozpoznawano zapalenie stawów, zwichnięcie, organiczne przykurczenie ścięgien, rwę kulszową, zapalenie nerwów, wybroczynę śródrdzeniową, zapalenie rdzenia. Nieraz dzieje się i odwrotnie a mianowicie, że cho-

---

[2]) Bliższe szczegóły o histerycznych stanach zamroczenia znajdzie czytelnik w odczycie moim pod tytułem »Zaburzenia nerwowe i psychiczne, spostrzegane podczas mobilizacyi i w czasie wojny«, wygłoszonym na posiedzeniu naukowem wojskowych lekarzy twierdzy dnia 24. X. 1914. »Przegląd lekarski« 1915, Nr. 3.

rzy, cierpiący na stwardnienie rozsiane, zapalenie rdzenia, syringomyelię, paramyoklonię, atetozę i t. p., przysyłani bywają do kliniki z rozpoznaniem histeryi, nerwicy z drżeniem i t. p. Niedawno jedna z tutejszych stacyi wojskowych przysłała nam żołnierza z podejrzeniem o symulacyę, u którego w klinice stwierdzono prawostronne porażenie ciała na tle kiłowem z afazyą ruchową i czuciową.

Za błędne leczenie histeryków uważam stosowanie mechanoterapii bez odpowiedniej suggestyi, różnego rodzaju protez, wózków, lub w przypadkach histerycznych przykurczeń, po dokonaniu ekstenzyi w uśpieniu, zakładanie na czas dłuższy opatrunków gipsowycn, co, jak nasze doświadczenie wykazało, w dwu takich przypadkach, które zresztą później przy pomocy psychoterapii zostały wyleczone, jest bezowocne.

Odnośnie do agrawacyi i symulacyi objawów chorobowych pragnę krótko zaznaczyć, co następuje:

A g r a w a c y a zdarza się u nerwowo chorych, szczególniej u histeryków, niedołężnych (imbecillus) i w ogóle psychicznie mniejwartościowych osób dość często. Powiedzieć nawet można, że należy ona poniekąd do obrazu klinicznego histeryi i stanowi nawet integralną jej część składową. Przypadki czystej s y m u l a c y i zdarzają się też niewątpliwie nie tak rzadko. Na zeszłorocznym Zjeździe niemieckich neurologów w Monachium podnoszono jednak, że praktyczniej będzie sprawy symulacyi w czasie wojny nie omawiać publicznie. Godząc się na to w zupełności, dodałbym ze swej strony jeszcze i to, że również nie jest praktycznie wśród naszych chorych specyalnie wyszukiwać objawy symulacyi i do nich większą przykładać wagę. Dlaczego? Dlatego, że: 1⁰ nie posiadamy dziś jeszcze w dziedzinie neurologii i psychiatryi żadnych pewnych i niewątpliwych metod rozpoznawania symulacyi i że różniczkowe rozpoznanie pomiędzy symulacyą a histeryą nastręcza dziś jeszcze nawet najbardziej doświadczonemu neurologowi i psychiatrze ogromne trudności; 2⁰ że objawy symulacyi spotykamy najczęściej na tle histeryi, niedołęstwa umysłowego (imbecillitas) lub konstytucyonalnej psychopatyi i 3⁰ że objawy symulacyi chorób nerwowych i umysłowych na odpowiednio prowadzonych oddziałach neurologiczno-psychiatrycznych dają się zazwyczaj taksamo usunąć, jak objawy histeryczne wyleczyć. Z tych też powodów praktyczniej jest w czasie wojny przy leczeniu objawy symulacyi traktować podobnie, jak objawy histeryczne. Oczywiście musimy sobie jednak przy tem jasno zdawać sprawę, że wskutek tego doświadczenie nasze odnośnie do przebiegu przypadków histeryi będzie później wymagało z punktu widzenia naukowego pewnej korektury.

Jeżeli zrozumienie histeryi i powstawania poszczególnych jej objawów nie jest rzeczą prostą i łatwą — to leczenie neurotyków, w szczególności zaś histeryków, należy niewątpliwie do trudnych zadań neurologii i psychiatryi Wymaga ono bowiem od lekarza nietylko gruntownej znajomości neurologii i psychiatryi, psychologicznego przygotowania i dużego doświadczenia, lecz także zdolności pedagogicznych i wychowawczych, powiedziałbym nawet pewnego wrodzonego talentu korzystnego wpływania na ludzi wogóle. Stąd wynika już samo przez się, że neurotycy muszą być leczeni przez specyalistów i nie powinni być zatrzymywani do leczenia na innych oddziałach szpitalnych. To stanowisko zajęło też ministerstwo wojny, wydając w jednym ze swoich reskryptów polecenie, ażeby wszystkich nerwowo chorych żołnierzy odsyłano do zakładów specyalnych.

Przed przystąpieniem do leczenia poddajemy każdego nowego chorego kilkudniowej obserwacyi, w czasie której przeprowadzamy dokładne jego badanie. Pierwszem zadaniem naszem jest ustalenie ewentualnego dziedzicznego obarczenia, drugiem — zebranie szczegółowych wywiadów, odnoszących się 1⁰ do całości życia chorego od dzieciństwa do chwili wystąpienia ostatniej choroby, a 2⁰ do powstania i przebiegu obecnej choroby. Dopiero po ustaleniu wywiadów przystępujemy do zbadania stanu fizycznego i psychicznego. Przytem drogą badania psychiatrycznego ustalamy rodzaj i nasilenie ewentualnie istniejącej neuro-psychopatyi w szczególności zaś zboczeń charakteru. Podkreślić tutaj muszę, zgodnie z Gaupem, że przy nerwicach zwykłe zbieranie informacyi — o chorobach nerwowych i umysłowych w rodzinie — dla ustalenia ewentualnego dziedzicznego obarczenia nie wystarcza. Dokładniejsza bowiem analiza rodziny najczęściej wykazuje istnienie wrodzonego psychopatycznego tła nawet w tych przypadkach, w których badanie drogą zwykłego zbierania danych o chorobach nerwowych i umysłowych w rodzinie dało wynik ujemny.

Przy leczeniu t. zw. nerwic wojennych chodzi 1⁰ o usunięcie psychogenicznych objawów, które epizodycznie u danego neurotyka wystąpiły, a 2⁰ o wywarcie przez odpowiednie traktowanie i postępowanie z chorym pewnego korzystnego wpływu na jego patologiczne usposobienie, a przez to na jego konstytucyonalną psychopatyę wogóle, co przy dzisiejszym nawale chorych i pracy jedynie w bardzo skromnych rozmiarach dziać się może.

Tam gdzie istnieją neurasteniczne objawy ze strony narządu trawienia i serca, zaburzeń odżywiania i snu, należy oczywiście przedewszystkiem przez podawanie odpowiednich środków wewnętrznych i zastosowanie odpowiednich metod fizycznego leczenia uregulować, uspokoić i wzmocnić cały układ nerwowy.

Przy leczeniu poszczególnych objawów należy postępować indywidualnie. Żadnych ściśle określonych przepisów ustalić tu niepodobna. Z każdym neurotykiem trzeba postępować inaczej, uwzględniając z jednej strony jego wykształcenie, odrębność jego charakteru, rodzaj i nasilenie jego choroby, a z drugiej jego ewentualne autosuggestye, wierzenia i przesądy co do skuteczności i szkodliwości dotychczasowych środków i sposobów leczenia.

Najważniejszą i najskuteczniejszą metodą leczenia histeryi jest p s y c h o t e r a p i a. Polega ona przedewszystkiem na uspokojeniu chorego, zdobyciu jego zaufania, obudzeniu w nim zaufania w jego własne siły, wzmocnieniu jego siły woli, rozwiązaniu i złagodzeniu jego patologicznego stanu afektywnego, skorygowaniu jego patologicznych związków myślowych i usunięciu jego patologicznych autosuggestyi, a więc na pewnego rodzaju, jeżeli tak się wyrazić można, o r t o p e d y i p s y c h i c z n e j. Do tego celu dochodzimy najlepiej przez gruntowne badanie chorego, w szczególności zaś psychologiczną analizę jego osobistości, przez wyjaśnienie i wytłómaczenie choremu właściwej istoty jego chorobowego stanu i tych endogenicznych i egzogenicznych momentów, które patologiczny jego stan uwarunkowały, z dru-

giej strony przez odosobnienie go od postronnych niekorzystnych wpływów i przez stosowanie perswazyi lub suggestyi. Jako środki pomocnicze przy stosowaniu tych psychologicznych metod leczenia służą nam: terapia ruchowa w postaci ćwiczeń mówienia, chodzenia, wykonywania ściśle określonych ruchów czynnych lub biernych, elektroterapia i t. d.

Był czas, kiedy elekroterapia odgrywała w leczeniu specyalną rolę. Zalecano przy rozmaitych objawach histeryi stosowanie różnego rodzaju prądów, ustalono nawet pewne wskazania dla tego lub innego prądu. Ja oceniam elektroterapię przy histeryi jedynie jako pewien rodzaj działania suggestyi i daleki jestem od tego, ażeby różnym prądom elektrycznym przypisywać działanie swoiste. Przy leczeniu a właściwie usuwaniu objawów histerycznych stosujemy obecnie w klinice krakowskiej przeważnie prąd faradyczny o różnym stopniu nasilenia — słaby, średni, a czasami nawet i silniejszy. Metodę leczenia objawów histerycznych silnym prądem elektrycznym zastosował w czasie wojny najpierw we Francyi Vincent, a w Niemczech Kaufmann.

W przeciwstawieniu do dawnej metody suggestyjnej w formie hypnotycznych seansów, w czasie których usypialiśmy chorych i drogą bezpośredniej suggestyi nakazowej staraliśmy się usunąć istniejące objawy histeryczne, dążymy dziś najczęściej do tego, ażeby suggestyi naszej — jak się wyraża asystent kliniki Dr Beaurain — nadać niejako kierunek i działanie dynamiczne. Bezpośrednia suggestya nakazowa budzi bowiem u wielu histeryków często wprost przeciwne, odwrotne autosuggestye, które przy leczeniu bardzo przeszkadzają i które potem znów także usunąć trzeba. Dlatego też, idąc za wskazówkami mego byłego szefa, Forela, wbrew zapatrywaniom szkoły Charcota, już od dawna odstąpiłem od stosowania przy histeryi medoty hypnotycznego usypiania.

Dla zastosowania pośredniej suggestyi natomiast otwiera się lekarzowi przy histeryi szerokie i bardzo wdzięczne pole działania, — o ile naturalnie obok wytrwałości i energii posiada on dar wczuwania się w psychikę chorego (»Einfühlung«, »Fühlungsnahme«) i dostateczną pomysłowość do wpływania na chwiejną, ale nieraz przewrotną i chytrą duszę histeryka.

Dla zastosowania pośredniej suggestyi istnieją tysiące różnych możliwości. Jeżeli n. p. uda nam się zmniejszyć lub zwolnić w jakikolwiekbądź sposób istniejące histeryczne przykurczenie, wówczas korzystamy z tego momentu, winszujemy choremu uzyskanego postępu, zachęcamy go do samodzielnego podejmowania dalszych prób — pomimo istniejących ewentualnie bólów — i to dopóty, dopóki utracona czynność danej kończyny nie zostanie na nowo przywrócona i dopóki uzyskana poprawa nie zostanie w świadomości chorego w zupełności ustalona. Do kliniki przysłano nam niedawno chorego Rumuna B. (przypadek XVIII) z pseudospastycznem porażeniem kończyn dolnych, z drżeniem i atakami histerycznymi, trwającem już przeszło rok. Nogi tego chorego znajdowały się w spastycznym rozkurczu w stawach kolanowych i biodrowych, a stopy w najwyższego stopnia wyprostowaniu (flexio ventralis), tak, że stanowiły prawie prostolinijne przedłużenie goleni znajdowały się więc w położeniu, jakie widujemy u baletnicy (»Spitzfussstellung«) — patrz ryc. I. Sztywność we wszystkich stawach była tak wielka, że nawet przy użyciu znacznej siły nie mogłem jej przezwyciężyć. Zresztą chory przy tych próbach



Ryc. I.

zaczynał krzyczeć, a raz nawet dostał napadu histerycznego kaszlu, a potem ogólnych drgawek. Otóż tego chorego ułożyłem pewnego razu na kanapce do badań w ten sposób, żeby golenie jego wraz z kolanami wystawały poza dolny brzeg kanapki i znajdowały się w powietrzu bez żadne podpory. Ponieważ nawet wtedy po upływie 30 minut golenie same, dzięki swemu ciężarowi, nie opadły — tak jak to się w innych podobnych przypadkach zdarzyło — przyłożyłem do palców jednej nogi chorego pędzelek faradyczny, stosując równocześnie odpowiednią słowną suggestyę. Wówczas chory, chcąc usunąć nogę przed działaniem prądu, zaczął nogę w kolanie w małych amplitudach zginać. Powtarzając w ten sposób zastosowanie prądu faradycznego, doprowadziłem po kilku minutach do zupełnego zgięcia nogi w kolanie. Chory jednak nie mógł sam znów nogi wyprostować. Wówczas, przykładając elektrodę kilkakrotnie do pięty od spodu, doprowadziłem stopniowo do wyprostowania nogi. Przykładając następnie elektrodę naprzemian raz z góry do palców, to znów z dołu do pięty i poddając choremu w dalszym ciągu odpowiednią suggestyę słowną, doprowadziłem wreszcie do tego, że mógł dowolnie nogę zginać i rozginać. Tosamo uzyskałem potem i na drugiej nodze. Od tej chwili, w której udało mi się w ten sposób przykurczenie i opór w kolanie rozwiązać, zaczął stan chorego szybko się poprawiać. Następnego dnia, przykładając elektrodę do tylnej powierzchni ud, już nawet przy zastosowaniu słabego prądu, udało mi się doprowadzić do dowolnego podnoszenia nóg w górę, a więc zginania w stawach biodrowych. Po tych wynikach usposobienie chorego uległo widocznej zmianie. Chory, który dotychczas w stanie depresyi i apatyi był prawie niedostępny, stał się podatnym do dalszych wpływów psychicznych i nawet z własnej inicyatywy zaczął się sam ćwiczyć w chodzeniu po sali. Chodził jednak tylko o kulach i silnie w przód pochylony. Wskutek przeszło rok trwającego unieruchomienia istniały w mięśniach nóg wybitne zaniki, a w stawach znaczne zmiany. Gdy w ciągu następnych kilku tygodni dalsza poprawa nie następowała dość szybko, zastosowano ponowną faradyzacyę, i to w okolicy krzyża. Od tej chwili nastąpiło natychmiastowe zupełne wyleczenie histerycznego przykur-

czenia kręgosłupa i pozostałych jeszcze resztek histerycznej paraparezy. Ale i wtedy jeszcze, gdy B. maszerował, słychać było w kolanach głośne trzeszczenie (krepitacye).

Dla ścisłości jednak odnośnie do hypnozy zaznaczyć muszę, że niektórzy neurolodzy stosują w czasie wojny hypnozę w formie usypiania i mają również bardzo dobre wyniki, jak n. p. Nonne w Hamburgu.

Bardzo skuteczną metodą przy leczeniu porażeń histerycznych jest także kombinacya słabego prądu faradycznego i ruchów czynnych. Zapomocą zwykłego prądu faradycznego wywołujemy przez skurcz mięśni ruch, a z drugiej strony zachęcamy chorego do wykonywania tego samego ruchu czynnie. Metodę tę stosujemy również i w organicznych przypadkach, n. p. przy porażeniu polowiczem.

W innych przypadkach histerycznych porażeń należy jednak czasami postępować inaczej, a mianowicie trzeba uwagę chorego odwrócić od porażonych kończyn, zmuszając go do tego, ażeby równocześnie był zmuszony porażonemi kończynami automatycznie poruszać. Wychodząc z tego założenia, leczymy na klinice niektóre przypadki astazyi i dysbazyi nauką chodzenia przy zastosowaniu specyalnego przyrządu. Przyrząd ten, jak to widać na ryc. II, składa się z drążka,



Ryc. II.

rozpiętego między dwiema przeciwległemi ścianami powyżej wzrostu człowieka. Na tym drążku zawieszone są przesuwalne uchwyty z grubego sznurka. Przy chodzeniu chory, ażeby nie upaść na ziemię, jest zmuszony to jedną, to drugą ręką łapać się tych uchwytów. Ponieważ w tych warunkach uwaga chorego zostaje chwytaniem owych pętli pochłonięta, zaczyna on oczywiście przy równoczesnem zastosowaniu odpowiedniej suggestyi automatycznie lepiej chodzić. Aparat ten oddał nam już nieraz w przypadkach długotrwałych astazyi, szczególniej tam, gdzie istniała wyraźna świadoma chęć szybkiego wyleczenia się, cenne usługi.

Asystenci kliniki, Dr Artwiński i Dr Beaurain, rozwinęli przy leczeniu histerycznych zaburzeń chodu jednocześnie i niezależnie jeden od drugiego metodę, polegającą na rozłożeniu ruchów o wysokiej koordynacyi na szereg innych, mniej skomplikowanych lub też inaczej skoordynowanych. W naszym wojennym materyale klinicznym przeważają dysbazye. Biorąc za punkt wyjścia analizę fizyologiczną chodu prawidłowego, ćwiczą oni teraz najpierw oddzielne fazy chodu, silnie markując rytm, poczem fazy następujące po sobie łączą w grupy. Ćwiczą najpierw powoli, stopniowo przyspieszając. Chory zaczyna ćwiczenia ze skupioną uwagą, w miarę znużenia wpada w automatyzm, który jest naturalnem, fizyologicznem odwróceniem uwagi, t. j. zawieszeniem czynności pewnych ośrodków mózgowych w danym kierunku. W ten sposób chory najczęściej niepostrzeżenie odbywa reedukacyę chodu w skróconej formie. Podczas leczenia najdłuższy bywa okres paradoksalny, gdy chory na komendę lekarza maszeruje już zupełnie poprawnie, w międzyczasie zaś po dawnemu kuleje, wykręca pięty, powłóczy nogami, machając rękoma niby skrzydłami wiatraka lub chwytając się wszystkich przedmiotów w pobliżu jako oparcia. Ale już kilka pierwszych kroków, które chory w oszołomieniu wykonał prawidłowo, stanowią »fait accompli«, którego lekarz twardo się trzyma, nie pozwalając choremu na nawrót.

Już wyżej zaznaczyłem, że postępowanie nasze z chorymi staramy się zawsze zastosować odpowiednio do charakteru, usposobienia i etycznej struktury poszczególnych chorych. To też z jednym histerykiem postępujemy serdecznie i łagodnie, a z drugim z początku łagodnie, a później w miarę potrzeby nieco ostrzej — zresztą jednak zupełnie według tych samych zasad, jakie stosowaliśmy i przed wojną.

Z praktyki przedwojennej wiemy, że nieraz dla usunięcia jakiegoś objawu histerycznego wystarcza zabranie chorego z domowego środowiska i przeniesienie go do krewnych. Ten sposób leczenia opiera się na dobrze znanym fakcie, że wogóle każdemu człowiekowi łatwiej udaje się zapanować nad sobą w otoczeniu osób, z któremi codziennie się nie styka, niż w otoczeniu najbliższych. W cięższych przypadkach jednak pomaga przeniesienie chorego w zupełnie obce otoczenie lub umieszczenie go w odpowiednim zakładzie leczniczym. Zupełnie to samo widzimy teraz w czasie wojny. Nieraz samo umieszczenie chorego na oddziale neurologicznym lub psychiatrycznym wystarcza, ażeby objaw histeryczny ustąpił. W klinice niektórzy chorzy zdrowieją pod wrażeniem wyleczenia się sąsiadów, nawet i tacy, którzy już w kilku szpitalach i zakładach kąpielowych leczyli się bez skutku. Inni stają się w suggestyjnej atmosferze kliniki bardziej podatni na wpływ lekarza i nieraz sami się do niego zwracają z prośbą, aby i u nich zastosował elektryzacyę lub inny sposób leczenia. W tych warunkach zdarzyło się już nieraz, że kilku chorych kliniki naraz spontanicznie wyzdrowiało. Fakty te wyjaśniają nam czasami i poza neurologicznemi klinikami przytrafiające się t. zw. masowe wyleczenia.

Jak wielkie wrażenie sprawiają nieraz przypadki wyleczenia chorych klinicznych na chorych nowoprzybywających, widzimy z ich listów do krewnych, w których rozpisują się o tych wyleczeniach, jak o cudach. Chory G.,

który od kilku miesięcy cierpiał na dysbazyę, zaczął wkrótce po przybyciu na klinikę lepiej chodzić, gdy zobaczył dodatni wynik leczenia u dwu innych chorych z jego sali K. i R., którzy przez kilkanaście miesiący cierpieli na pseudospastyczne porażenie dolnych kończyn, a które w klinice w przeciągu kilku dni udało nam się usunąć. Chory Z. z niemotą histeryczną zaczął nagle mówić (jakkolwiek z początku tylko afonicznie), gdy mu lekarz oddziałowy pokazał list od żony i oświadczył, że mu ten list dopiero wtedy będzie mógł oddać, gdy się jego stan zdrowia poprawi. Takie postawienie sprawy, która bynajmniej nie była dla chorego obojętną, wystarczyło, ażeby usunąć objaw chorobowy, który istniał już od kilku miesięcy. Z początku jak już zaznaczyłem, mówił chory jeszcze afonicznie, ale stopniowo mowa jego znacznie się poprawiła. W innym przypadku głuchoniemoty histerycznej, trwającej od kilku miesięcy, udało mi się jeszcze w roku 1914 wyleczyć chorego na posiedzeniu naukowem lekarzy wojskowych przez podanie mu do powąchania waty, napojonej amoniakiem. Drogą pisemnego porozumiewania się z tym chorym dowiedziałem się bowiem, że on już przed 5 laty przechodził podobny stan głuchoniemoty, który wówczas znachorka wiejska właśnie przez zastosowanie amoniaku wyleczyła.

Inny chory, P. S., przebywał na froncie rosyjskim 6 miesięcy. Stąmtąd odesłany został do szpitala z potłuczoną i oparzoną prawą nogą. Po 2 miesiącach wyleczony poszedł na front włoski. Tam po upływie paru miesięcy doznał uszkodzenia kończyny górnej lewej a mianowicie postrzału III i IV palca, potłuczenia kamieniami ramienia i przedramienia; uciekając wpadł do dołu i doznał zwichnięcia tejże kończyny w stawie barkowym; — odprowadzono zwichnięcie dopiero po 18 dniach. Z początku przebywał w szpitalu w Krems, potem w jednym ze szpitali fortecznych w Krakowie. Leczony był okładami, miesieniem, elektryzacyą bez wyniku dodatniego. W klinice stwierdzono co następuje: Kończyna górna lewa bezwładna, zasiniała, chłodniejsza od reszty ciała. Ruchy bierne bez zmian, z ruchów czynnych tylko ruchy palucha częściowo utrzymane. Chory podaje, że w cieple czuje się lepiej, natomiast w chłodzie ręka mu tężeje. Znieczulenie po stronie zewnętrznej ramienia i przedramienia. W kilka dni po przybyciu do kliniki zaaplikował lekarz oddziałowy choremu ciepłą kąpiel lokalną, podczas której chory na zachętę suggestyjną zaczął wykonywać ruchy czynne. Po 3 kąpielach nastąpiło wyleczenie zupełne: całkowity powrót czynności i zniesienie znieczulenia; sinica też wkrótce ustąpiła. Po 3-miesięcznym urlopie chory stawił się do kontroli w naszej klinice. Stwierdziliśmy wyleczenie ustalone.

Nieraz histeryczne objawy — właśnie dlatego, że często tak szybko i pozornie łatwo dają się usunąć — brane bywają za symulacyę. Oczywiście jestto zupełnie niesłuszne i dowodzi tylko nieznajomości histeryi, niestety tak jeszcze częstej nawet wśród lekarzy. Lekarz nie powinien przecież nigdy zapominać o tem, że sam nieraz umyślnie, a częściej mimowoli — właśnie wskutek działania suggestyi — usuwa u swego chorego ten lub ów objaw nerwowy przez podanie jakiegokolwiekbądź środka obojętnego.

W przeciwstawieniu do chorych wewnętrznych lub chirurgicznych, którzy zwykle chcą być uzdrowieni, zdarza się często, że histerycy nie mają szczerego pragnienia być wyleczonymi, dlatego że dla nich choroba jest ucieczką w życiu, stanowi pewien rodzaj kompromisu lub dostarcza im pewnych korzyści. Oczywiście szczere pragnienie wyzdrowienia ogromnie lekarzowi zadanie ułatwia. Niektórzy z naszych chorych znajdują się jednak w takim przygnębionym i rozpaczliwym nastroju ducha, iż wprost oświadczają nam że wcale nie pragną być wyleczeni albo żądają, żeby ich »lepiej odrazu zastrzelić«. Chory W., z porażeniem nogi z drżeniem, na pytanie, czy chce być wyleczony, odpowiedział mi w sposób następujący: »Ja już od roku nie miałem urlopu«. Chory H., (przypadek XI) z histerycznem porażeniem dolnych kończyn z drżeniem, z początku na podobne pytanie wcale nie odpowiadał. Przy powtórzeniu zaś odrzekł, że ma w domu żonę i dzieci. A na moje oświadczenie, że go uzdrowię, powiedział, »a możecie mnie odrazu zabić«. Chory I., z histerycznem skrzywieniem kręgosłupa, oświadczył mi wprost, że nie chce być wyleczony, że woli już takim, jakim jest, umrzeć. Wszyscy ci trzej chorzy już w krótkim czasie opuścili klinikę zupełnie wyleczeni. Z tego rodzaju odpowiedzi nie należy odrazu wysnuwać wniosku, że mamy tu do czynienia z symulacyą. Podobne oświadczenia naszych chorych są bardzo często tylko wyrazem istniejącej depresyi histerycznej albo protestem przeciwko rzeczywistemu albo urojonemu zamiarowi szkodzenia im. U chorego P., (przypadek XXI), który już od roku cierpiał na głuchotę histeryczną, zastosował lekarz oddziałowy psychoterapię pod postacią słabego prądu faradycznego w okolicy uszu, uspokajając chorego drogą korespondencyi na piśmie, żeby się nie bał i zapewniając go, że po zastosowaniu prądu elektrycznego głuchota ustąpi. Zaraz po puszczeniu prądu chory, który dotychczas był niedostępny i ponury, nagle zmienił się do niepoznania, zaczął żywo gestykulować i radośnie wołać, że już zaczyna słyszeć. Z powodu odzyskania słuchu wpadł nawet w taki stan zachwytu, szczęśliwości i euforyi, że dziękował Bogu za to, co się stało, całował lekarza po rękach i nogach, rozdawał chorym na sali swoje papierosy, swojem podnieceniem przeszkadzał im w nocy spać i uspokoił się dopiero po upływie 3 dni.

Podobne wyniki lecznicze można otrzymać u histeryków nawet wtedy, gdy leżą oni na ogólnych oddziałach neurologicznych. Daleko praktyczniej jest jednak przypadki z nerwicami wojennemi umieszczać w zamkniętych, specyalnie dla leczenia nerwic przeznaczonych oddziałach (Genesungsheime, Nervensonderlazarette), jak to się dzieje obecnie na klinikach zagranicznych. Zachęcony dodatnimi wynikami leczenia, o których referowali niemieccy lekarze na zeszłorocznym Zjeździe neurologów w Monachium, zorganizowałem w klinice krakowskiej z początku jeden, a później jeszcze i drugi taki specyalny oddział leczniczy. Korzyść utworzenia tego rodzaju specyalnych oddziałów leczniczych dla nerwic polega, jak doświadczenie nasze poucza, przedewszystkiem na tem, że lekarz takiego oddziału łatwiej nawiązuje właściwy kontakt psychiczny ze swymi chorymi i że chorzy tych oddziałów są usunięci z pod ewentualnego szkodliwego wpływu psychicznego, jaki na nich chorzy z organicznemi cierpieniami układu nerwowego wywierać mogą.

Przy pomocy wszystkich wyżej wymienionych i opisanych metod i sposobów leczenia w większości przypadków udaje się nam prędzej czy później chorobliwe objawy u naszych chorych usunąć. W wyjątkowych przypadkach jesteśmy jednak nieraz zmuszeni stworzyć choremu takie warunki życia, ażeby jego wola w zupełności podporządkowana była woli lekarza i ażeby chory, pragnąc się wydobyć z tych warunków, zebrał całą swoją siłę woli i swoją cho

robliwą autosuggestyę, która dany objaw histeryczny podtrzymuje, opanował i zwalczył. Podobne metody postępowania przy histeryi dawniej często stosowano, że wspomnę tu tylko o podawaniu smrodzieńca (asa foetida), o podskórnych wstrzykiwaniach apomorfiny celem wywołania nudności i wymiotów i t. p. Jeden z neurologów paryskich raz na wykładzie »experimenti causa«, chcąc wyleczyć histeryczkę z porażeniem dolnych kończyn, kazał nagle podpalić łóżko, na którem ta chora leżała. Gdy łóżko stanęło w płomieniach, chora zeskoczyła z niego natychmiast a od tego czasu była uleczona. Przed 18 laty jeden z niemieckich neurologów próbował wyleczyć chorą, cierpiącą od 2 lat na afonię, w ten sposób, że strzelił za jej plecami z rewolweru, ażeby ją odruchowo do krzyknięcia pobudzić. Próba ta jednak zawiodła. Przez nagłe wywołanie uczucia strachu afonia w tym przypadku nie ustąpiła. Tę samą chorą obserwowałem później przez kilka miesięcy w roku 1900 u Déjerine'a w Salpetrière, gdzie ostatecznie została wyleczona odosobnieniem, nauką mówienia przy równoczesnem stosowaniu suggestyi na jawie. Na oddziałach Déjerine'a już wówczas odosobnienie przeprowadzone było w ten sposób, że łóżko każdej chorej było zasłonięte białemi firankami i chorym wzbronione było porozumiewanie się między sobą i ze służbą.

Metoda postępowania w klinice krakowskiej na oddziałach, przeznaczonych do leczenia nerwic wojennych, polega na izolowaniu chorych od wrażeń świata zewnętrznego, a w niektórych przypadkach na przerwaniu wszelkiego kontaktu z rodziną, skasowaniu spacerów i odwiedzin, a czasem nawet i korespondencyi. Przy przyjęciu na oddział oświadcza się choremu, że zastosowanie tego rodzaju postępowania jest dla jego wyleczenia niezbędne i że on kliniki nie opuści, zanim się nie wyleczy. Niektórych histerycznych psychopatów z głębokiemi zaburzeniami woli przenosimy nieraz na pewien czas nawet na oddziały psychiatryczne. Robimy to w tem przeświadczeniu, że tego rodzaju chorzy na psychiatryczne oddziały najzupełniej się kwalifikują jakkolwiek w zwykłem pojęciu laików nie są oni umysłowo chorymi. Obawa przed umysłowo chorymi działa w podobnych przypadkach nieraz zbawiennie, pobudzając patologicznie słabą wolę takich chorych i wzmacniając ich hamulce, które występowanie n. p. takich chorobliwych objawów, jak napady histeryczne, nieraz wprost powstrzymują.

Do leczenia w specyalnych oddziałach leczniczych kwalifikują się także przypadki z głębszemi zaburzeniami woli i w sferze uczuć, a więc chorzy z depresyą, niezadowoleni, drażliwi i niedostępni, którzy wskutek bardzo długiego pobytu w szpitalach i miejscach kąpielowych i niefortunnych prób leczenia są zdemoralizowani lub tacy, którzy z powodu już im przeznaczonej renty inwalidy, konsensu na szynk lub trafikę nie mogą posiadać szczerego i prostego pragnienia wyleczenia wreszcie i tacy, którzy pod względem etycznym są osobnikami mniejwartościowymi. W suggestyjnej atmosferze specyalnych oddziałów leczniczych stan ogólny nawet takich chorych dość szybko się poprawia i przychodzi moment, w którym psychiczny opór albo spontanicznie, albo pod wpływem zastosowanej terapii ruchowej czy elektryzacyi rozwiązuje się i histeryczny objaw częściowo lub w całości, nagle lub stopniowo, ustępuje.

Przypadków, w których nie zdołaliśmy uzyskać poprawy, w stosunku do setek chorych uleczonych mieliśmy niewiele. Nie jest wykluczone, że między nimi były właśnie przypadki, w których według Oppenheima należałoby przyjąć, że uraz fizyczny i psychiczny lub nawet tylko psychiczny wywołał pewne materyalne zmiany w ośrodkach układu nerwowego, które dopiero stopniowo ustąpią. Zaznaczyć tutaj pragnę jednak, że w większości tych przypadków obok objawów nerwowych istniały ciężkie cierpienia wewnętrzne, jak n. p. gruźlica, wada serca, wrzód żołądka.

Jeżeli teraz wszystkie wyżej opisane metody leczenia nieco dokładniej zanalizujemy, w szczególności zaś, jeżeli uprzytomnimy sobie, że jeden chory zostaje wyleczony przy pomocy terapii ruchowej (gimnastyki), przez zastosowanie ciepłych kąpieli lub hydroterapii, drugi przez zastosowanie suggestyi na jawie lub hypnozy, trzeci przez zastosowanie prądu faradycznego, czwarty przez podanie obojętnego środka wewnętrznego, piąty przez zastosowanie jakiegokolwiekbądź leczenia specyalnego, to wtedy dochodzimy do przekonania, że jedynym albo, powiedzmy ściślej, najważniejszym współczynnikiem, który przy wszystkich wyżej wymienionych metodach działa, jest suggestya albo autosuggestya. Żadna z tych metod leczniczych niema działania swoistego. Wszystkie one stanowią tylko rodzaj »vehiculum«, przy pomocy którego lekarz czynnik psychiczny w postaci skutecznej suggestyi do chorej duszy neurotyka wprowadza, albo u niego skuteczną autosuggestyę wywołuje.

Przy leczeniu histerycznych nerwic wojennych musimy sobie jednak jasno zdawać sprawę z tego, że przy pomocy opisanych metod leczenia nie leczymy histeryi jako takiej, lecz tylko usuwamy epizodycznie występujące histeryczne albo, ściślej mówiąc, psychogeniczne[1] objawy i że dziś nie robimy nic innego, jak to, cośmy robili w podobnych przypadkach i przed wojną. Histerya jest wrodzonym stanem patologicznym, a mianowicie prawdopodobnie jedną z odmian psychopatyi konstytucyonalnej, której usunąć całkowicie nie można. Lecz człowiek z histeryczną psychopatyą konstytucyonalną może nietylko żyć, lecz także tworzyć rzeczy wartościowe i być pożytecznym człowiekiem społeczeństwa. Wśród psychopatów konstytucyonalnych spotykamy nieraz ludzi zdolnych i utalentowanych, a z drugiej strony nawet powiedzieć śmiało można, że u ludzi wybitnie zdolnych i utalentowanych bardzo często spotykamy wyraźne objawy wrodzonej neuropatycznej lub psychopatycznej konstytucyi. Z chwilą jednak, gdy histeryczny neuropata czy psychopata dostanie niemoty histerycznej, porażenia kończyn, ogólnego drżenia lub napadów histerycznych, wtedy staje się on chwilowo do pracy niezdolnym. A gdy choroba (n. p. porażenia kończyn) trwa miesiące, albo, jak to obecnie w czasie wojny tak często się zdarza, nawet lata całe, wówczas rozwijają się nieraz zmiany wtórne znaczniejszego stopnia — z jednej strony fizyczne w postaci zaników mięśni lub zmian w stawach (wskutek bezczynności), a z drugiej — psychiczne pod postacią demoralizacyi charakteru, które mogą spowodować nawet stałą niezdolność do pracy. Ażeby neurotyków, u których udało nam się usunąć objawy epizodyczne, zrobić na przyszłość odporniejszymi, utrwalić ich wyleczenie i zabezpieczyć ich przed

[1] Tutaj należą bowiem także i objawy, powstające na tle agrawacyi i symulacyi.

nawrotami choroby, które w histeryi niemal do reguły należą, powinniśmy ich przed wypuszczeniem z kliniki poddać pewnemu wychowawczemu wpływowi psychicznemu przez zastosowanie t. zw. leczenia następowego, co jednak w dzisiejszych warunkach wojennych przy nadzwyczajnym napływie chorych jest prawie niemożliwe. Staramy się o to jednak w miarę możności przez zajmowanie chorych pracą zabawami i gimnastyką na świeżem powietrzu.

Przy ocenie stopnia zdolności do służby wojskowej przed wypuszczeniem chorych z kliniki, w każdym poszczególnym przypadku jeszcze raz bierzemy pod uwagę dziedziczne obarczenie, wywiady życia, przebieg choroby, wynik obserwacyi i badania klinicznego, a wreszcie rodzaj i intensywność tła konstytucyjnego, na którem choroba powstała; bo tylko przy uwzględnieniu tych okoliczności zdołamy wyciągnąć odnośne praktyczne wnioski. Niektórzy z naszych chorych nawet wtedy, gdy z epizodycznych histerycznych objawów zostali wyleczeni, do służby wojskowej zupełnie się nie nadają z tego powodu, że obok cech histerycznych posiadają jeszcze inne cechy patologiczne, n. p. fizycznej i psychicznej mniejwartościowości, albo tego rodzaju psychopatyczne objawy, jak skłonność do kłamstwa, kradzieży, niesubordynacyi, dezercyi lub brak zdolności przystosowania się do zewnętrznych warunków życia wogóle.

Wielu z naszych neurotyków po wyleczeniu z przemijających epizodycznych objawów histerycznych i po przeprowadzeniu u nich leczenia następowego nadaje się do lżejszej służby lokalnej z bronią lub bez broni.

Są jednak między naszymi niby wyleczonymi i tacy którzy dzięki swej odwadze, sile fizycznej, zdolnościom i cechom charakteru zupełnie dobrze kwalifikują się nawet do służby na froncie. Tacy chorzy nieraz sami nawet domagają się, ażeby ich jako takich uznać.

Przed przystąpieniem do krótkiego zestawienia wyników moich dotychczasowych obserwacyi, pragnę jeszcze z wielu setek przypadków t. zw. nerwic wojennych, jakie dotychczas były leczone na klinice krakowskiej, podać następujące charakterystyczne przykłady:

1. A. G., 17 lat, rolnik. Matka nerwowa. Chory sam cierpiał w młodości na bicie serca i bóle w nogach. Wzięty do wojska w r. 1914; był miesiąc w polu. Wpadł do wody, doznał silnego przestrachu. Rzekomo od tego czasu d y s b a z y a, o g ó l n e d r ż e n i e i a f o n i a, który to stan w szpitalach stopniowo znacznie się pogorszył. Przybył do kliniki 16. XII. 1916. Po kilkutygodniowem przygotowaniu psychicznem na oddziale specyalnym dla nerwic czynnościowych zastosowano psychoterapię w postaci faradyzacyi. Natychmiastowe ustąpienie dysbazyi i drżenia; stopniowa poprawa afonii.

2. I. R., 30 lat, rzeźnik. Hereditas? Sam chory miał być zawsze zdrów. Do wojska został wzięty z początkiem wojny. W zimie 1915 tyfus. Był w polu do listopada 1916. Wskutek wybuchu granatu został zasypany ziemią; tylko nogi nie zostały zasypane. Rzekomo przez 4 dni zamroczenie świadomości, przez 2 tygodnie astazya. W szpitalu w Fiume napady histeryczne. Przy przyjęciu na klinikę d y s b a z y a i d r ż e n i e g ł o w y. Po kilkutygodniowym pobycie w klinice zaburzenie chodu samo ustąpiło. Przy opuszczeniu kliniki pozostało jeszcze tylko nieznaczne drżenie głowy.

3. O. W., 28 lat, rolnik. Hereditas? Od 19 r. ż. kilka razy lekkie stany afonii. Do wojska wzięty w IV. 1915. Od tego czasu był z krótkiemi przerwami przez cały czas w szpitalach. W zimie 1916 przeziębił się przy kadrze. Od tego czasu zaburzenia chodu i afonia; chodził tylko opierając się o laskę. Przy przyjęciu 28. X. 1916: d y s b a z y a i a f o n i a. Po kilkutygodniowej izolacyi i lekkiej hydropatyi wyleczenie dysbazyi i znaczna poprawa afonii. Po zastosowaniu w XII. 1916 psychoterapii w postaci faradyzacyi zupełne wyleczenie afonii.

4. A. I., 26 lat, kucharz. Ojciec opilca, słabowity, kłótliwy. Chory od dzieciństwa miewa pavor nocturnus i był bardzo wrażliwy i drażliwy. Wzięty do wojska na początku wojny. W styczniu 1915 tyfus brzuszny. Po tej chorobie bóle i osłabienie w nogach. Leczony był w 5 szpitalach. Przybył na klinikę z rozpoznaniem: Myelitis transversa. Kliniczne rozpoznanie przy przyjęciu 24. IX. 1916: d y s b a z y a h i s t e r y c z n a. W ciągu kilku tygodni pod wpływem hydropatyi, miesienia i gimnastyki bez zastosowania elektryzacyi zupełne wyleczenie.

5. O. A., 45 lat, kupiec. Ojciec chorował przez kilka miesięcy przed śmiercią na drżenie nóg. Chory został wzięty do wojska w VI. 1916. Zaraz w pierwszym miesiącu doznał następującego urazu. W kadrze, gdzie przebywał, dostał jeden z jego kolegów napadu drgawek padaczkowych, przyczem przewrócił się na jego łóżko i upadł mu na nogi. A. bardzo się przestraszył i dostał zaraz lekkiego drżenia w nogach. W 2 dni później doznał drugiego urazu: ponieważ zrana zaspał godzinę wstawania, żołnierz pilnujący na sali zerwał z niego nagle kołdrę. A. doznał przy tem silnego psychicznego wstrząsu, po którym drżenie w nogach znacznie się pogorszyło. Przy przyjęciu do kliniki 10. XII. 1916 stwierdziliśmy h i s t e r y c z n e d r ż e n i e d o l n y c h k o ń c z y n i d y s b a z y ę. Po kilkutygodniowem psychicznem przygotowaniu, natychmiastowe wyleczenie po zastosowaniu psychoterapii w formie faradyzacyi. Na kilka dni przed zastosowaniem mu tej suggestyjnej faradyzacyi asystował chory jako tłómacz przy podobnem skutecznem wyleczeniu innego chorego, Rumuna.

6. St. S., 40 lat, rolnik. Hereditas? Do wojska wzięty z początkiem wojny. Od XII. 1915 był w polu. Dnia 23. V. 1916 po wybuchu granatu zaburzenie chodu z drżeniem. Chory byleczony w 6 szpitalach. Do kliniki przyszedł 18. XI. 1916 z rozpoznaniem: Polyneuritis. Rozpoznanie kliniczne było: D y s b a z y h y s t e r i c a c u m t r e m o r e. Po kilkutygodniowem przygotowaniu psychicznem 20 grudnia 1916 zupełne wyleczenie po zastosowaniu psychoterapii w formie faradyzacyi.

7. J. R., 43 lat, robotnik. Hereditas? Do wojska wzięty z wybuchem wojny. Był 19 miesięcy w polu. W czerwcu 1916 podczas ognia bębniącego wybuch granatu w jego sąsiedztwie. Powalony został na ziemię twarzą naprzód, przyczem od wstrząsu powietrza nogi jego zostały silnie na bok odrzucone. Po wstaniu zauważył drżenie w nogach i że na lewe ucho nie słyszy. Pomimo tego pozostał jeszcze 3 godziny na swoim posterunku, a na froncie wogóle jeszcze przez 2 miesiące. Ponieważ drżenie w dolnych kończynach stawało się coraz silniejsze, odesłano go do szpitala Był leczony w 4 szpitalach bezskutecznie. Rozpoznanie kliniczne przy przyjęciu 24. XI. 1916: D y s b a s i a h y s t e r i c a c u m t r e m o r e. Tutaj 20. XII. 1916 zupełne wyleczenie po zostosowaniu psychoterapii w postaci faradyzacyi.

8. T. M., 28 lat, górnik. Ojciec miał cierpieć na reumatyzm w nogach. Chory od 14 r. ż. miał cierpieć na mimowolne moczenie nocne — w ostatnich czasach mniej. Do wojska powołany z początkiem wojny. We wrześniu 1914 dwa razy ranny w lewą nogę. W grudniu 1914, rzekomo jeszcze niezupełnie wyleczony, poszedł w pole. Przy pierwszym dłuższym marszu wystąpiły w lewej nodze bóle i drżenie. Następnego dnia po spędzeniu nocy pod gołem niebem nie mógł już wcale chodzić; odesłany został do szpitala; stamtąd przeznaczony do lekkiej służby. W marcu 1915 napowrót wzięty do ćwiczeń. Ponieważ nie zdołał ich wykonywać, odesłano go znów do szpitala. Po kilkumiesięcznem bezskutecznem leczeniu kąpielami, miesieniem i elektryzacyą, został w lipcu 1915 superarbitrowany i wreszcie z pensyą inwalidy odesłany do domu. W czerwcu 1916 na nowo powołany do wojska, został dla stwierdzenia jego cierpienia przysłany na klinikę. Przy przyjęciu 2. I. 1915 stwierdzono h i s t e r y c z n ą d y s b a z y ę z d r ż e n i e m w d o l n y c h k o ń c z y n a c h. Po zastosowaniu 5. I. 1917 psychoterapii w postaci faradyzacyi i po 2-tygodniowem leczeniu następowem gimnastyką opuścił klinikę zupełnie wyleczony.

9. I. G., 35 lat, stolarz. Hereditas? W dzieciństwie choroba angielska. Do wojska wzięty w lutym 1915. W polu był do listopada 1915. W rowach strzeleckich przeziębił się. Rzekomo wskutek tego wystąpiło drżenie w nogach. Był leczony bez skutku w kilku szpitalach; stosowano tam proszki, maść i elektryzacyę. Przy przyjęciu na klinikę 6. IX. 1916 stwierdzono d r ż e n i e h i s t e r y c z n e o b u n ó g i d y s b a z y ę. Po zastosowaniu psychoterapii w postaci faradyzacyi średnim prądem — na-

tychmiastowe zupełne wyleczenie. Gimnastyka w ogrodzie przez 4 tygodnie.

10. J. M., 44 lat, kowal. Hereditas? W 26 r. ż. kiła. Do wojska wzięty z początkiem wojny. Po 6 miesiącach w Karpatach wystąpiły bóle w nogach. Stopniowe pogorszenie. Od lutego 1915 był leczony w różnych szpitalach. W czerwcu 1916 został odesłany do zbornego miejsca inwalidów, a stamtąd do kliniki. Tutaj przy przyjęciu 26. VI. 1916 stwierdzono: histeryczną dysbazyę w postaci tańczącego, podskakującego, chodu z nagłem uginaniem nóg w kolanach, obustronną stopę płaską, dnawe zwichnięcie dużego palca lewej nogi. Hydropatya, miesienie i bierna gimnastyka, stosowane przez kilka tygodni nie dały żadnej poprawy. W listopadzie 1916 po zastosowaniu psychoterapii w formie faradyzacyi nóg nastąpiła zaraz znaczna poprawa. W kilka dni później przy gimnastyce w ogrodzie wystąpił nawrót choroby, który jednak przez ponowną faradyzacyę został usunięty.

11. F. H., 30 lat, rolnik. Hereditas? Od kilku lat drżenie w nogach. Asenterowany w r. 1909 ale już po 2 dniach z kompanii odesłany został do szpitala, a stamtąd po 4 tygodnia do domu. Od wybuchu wojny był kilka razy powoływany, ale za każdym razem z powodu drżenia w nogach uwalniany. W czerwcu 1916 wzięty do oddziału robotniczego. Gdy lekarz drżenie zauważył, odesłał go do szpitala. Przy przyjęciu do kliniki w listopadzie 1916 stwierdziliśmy: przy staniu histeryczne drżenie lewej nogi, w pozycyi siedzącej — drżenie obu; histeryczne przykurczenie w lewym stawie skokowym powłóczenie lewą nogą. Z początku był chory niezadowolony i niedostępny. Kilkutygodniowa kuracya hydropatyczna pozostała bez skutku. Wówczas przeniesiono chorego z ogólnego oddziału nerwowego do zamkniętej lecznicy dla nerwic. Prawdopodobnie pod wpływem panującej tam suggestyjnej atmosfery już po 5 dniach nastąpiła znaczna poprawa, a po gimnastyce na świeżem powietrzu zupełne wyleczenie — bez zastosowania jakiejkolwiekbądź innej terapii.

12. E. Ł., 24 lat, ślusarz. Ojciec nerwowy i pijak. Sam chory jest umysłowo niedość rozwiniętym (debilitas), drażliwym, upartym, nie posiadającym zdolności panowania nad sobą. Poza tem oprócz braku uczuć rodzinnych boi się ludzi, okazuje silny egocentryzm, urojenia prześladowcze i cierpi na alkoholizm. Do Legionów Polskich zgłosił się w czerwcu 1915, z jednej strony rzekomo z pobudek patryotycznych, z drugiej, ażeby w polu zginąć. W listopadzie 1915 ostre zapalenie stawów. W marcu 1916 z powodu spóźnienia z urlopu został ukarany. W areszcie dostał napadu histerycznego drgawek. Odtąd często napady histeryczne, ogólne drżenie i dysbazya — przy chodzeniu chory silnie uderza piętami o podłogę. Był leczony bez skutku w kilku szpitalach i w jednem miejscu kąpielowem. Rozpoznanie kliniczne przy przyjęciu w lipcu 1916 brzmiało: histeryczna dysbazya z drżeniem na tle ciężkiej psychopatyi konstytucyonalnej. Patrz ryc. III. Odosobnienie, hydropatya i ćwiczenia gimnastyczne chodu nie dały żadnego wyniku. Po zastosowaniu psychoterapii w formie faradyzacyi nastąpiło zupełne wyleczenie. W kilka dni później nawrót choroby, który po półgodzinnej psychoterapii w formie perswazyi został usunięty. Podczas leczenia następowego, a mianowicie przy gimnastyce w ogrodzie, ponowny nawrót choroby.

13. J. P., 24 lat, rolnik. Hereditas? Wywiady, zebrane pobieżnie, bez znaczenia. Do wojska wzięty w X. 1914. Od V. 1915. w polu. W VIII. 1915 wybuch granatu w jego sąsiedztwie. Wskutek ciśnienia powietrza chory został uniesiony na 4 metry w górę, następnie powalony na ziemię i zasypany. Miał być przez kilka godzin nieprzytomny. Gdy przyszedł do siebie, nie mógł stać. Od tego czasu ciągle w szpitalach. Przy przyjęciu do kliniki 18. VI. 1916 sprawiał wrażenie przypadku wybroczyny rdzenia (hematomyelii). Objawy były następujące: Wiotkie porażenie obu goleni. Czucie od stóp aż do kolan zniesione. Odruchy kolanowe i achilesowe prawie zupełnie zniesione. Przy próbach chodzenia o kulach drżenie goleni. W rzeczywistości był to przypadek histerycznej astazyi wskutek porażenia histerycznego goleni i stóp. Kilkutygodniowe leczenie hydropatyą, miesieniem i bierną gimnastyką pozostało bez wpływu. Suggestyjne ćwiczenia chodu nie dały żadnego wyniku. Po zastosowaniu 22. XII. 1916 psychoterapii w formie faradyzacyi nóg prądem o średnim stopniu nasilenia i kilkutygodniowej gimnastyce w ogrodzie — zupełne wyleczenie.

14. A. G., 36 lat rolnik. Ojciec alkoholik, cierpiał na napady omdlenia. Chory przed 4 laty przypadkowo wpadł do wody, wskutek czego miał wystąpić obrzęk dolnych kończyn. Do wojska został wzięty na początku wojny. W polu już po 20 dniach obrzęk nóg wystąpił na nowo. Był leczony w 10 szpitalach i w Piszczanach bez skutku. Nasze rozpoznanie przy przyjęciu na klinikę dnia 18. VIII. 1916 brzmiało: astazya histeryczna z bardzo silnem drżeniem, anestezyą i analgezyą dolnych kończyn. Po zastosowaniu zupełnego odosobnienia, leżenia w łóżku i ćwiczeń chodu bez innych środków i sposobów lecz-



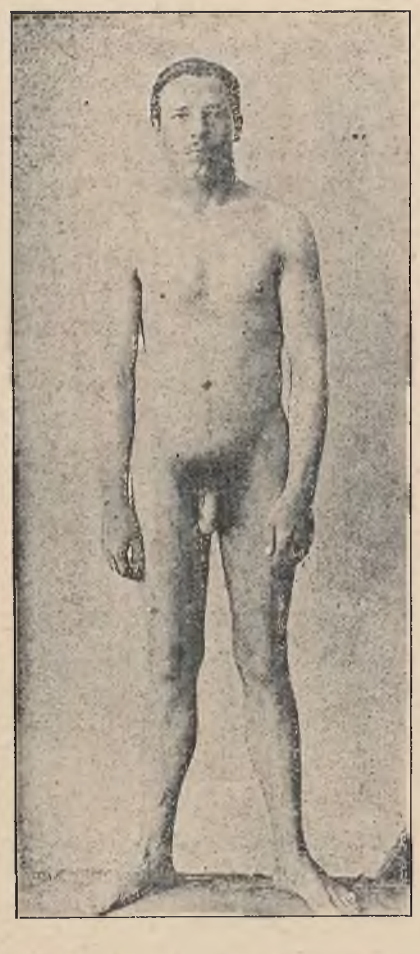
Ryc. III.



Ryc. IV.

niczych nastąpiło zupełne wyleczenie w stosunkowo bardzo krótkim czasie.

15. M. K., 30 lat, rolnik. Ojciec alkoholik. Zwykłe wywiady bez znaczenia. Do wojska wzięty z początkiem wojny W styczniu 1915 w Karpatach rzekomo po przeziębieniu wystąpiły bóle i obrzęki w nogach i w krzyżach z zaburzeniami chodu. Był leczony w 20 szpitalach bez skutku. Był także elektryzowany. Dla uśmierzenia bólów stosowano podskórne wstrzykiwania morfiny, co jednak nie pomagało. Przy przyjęciu na klinikę ze »zbornego punktu dla wewnętrznie na wojnie uszkodzonych« dnia 8. IX. 1916 rozpoznanie nasze brzmiało: histeryczna abazya z silnem drżeniem dolnych kończyn. Pod wpływem odosobnienia i psychoterapii w postaci ćwiczeń chodu zaczął chory dobrze chodzić. Bóle jednak ustąpiły dopiero po suggestyjnej faradyzacyi.



Ryc. V.

16. F. O., 22 lat, krawiec. Hereditas? Chory zawsze był słabowity, od 10 r. ż. chorował na płuca i cierpiał na bóle głowy i kurcze w nogach. Do wojska wzięty przed miesiącem. Z powodu ogólnego osłabienia ćwiczeń robić nie mógł, od 14 dni nie mógł zupełnie chodzić, a od 3 dni nie mógł głośno mówić Rozpoznanie nasze przy przyjęciu na klinikę: histeryczna astazya i afonia. Już na drugi dzień zaczął chodzić o lasce na trzęsących się, szeroko rozstawionych nogach. W kilka dni później samorzutnie zwrócił się do lekarza z prośbą o elektryzacyę. Po zastosowaniu suggestyjnej faradyzacyi (chory sam trzymał jedną elektrodę i wskazywał miejsce, które »należy elektryzować«) dysbazya i afonia ustąpiły. Został wypisany jako zdolny do lżejszej służby z propozycyą udzielenia mu urlopu. Po 2 tygodniach wrócił na klinikę, gdyż podczas urlopu przestraszył się i znowu wystąpiły zaburzenia w postaci skaczącego, szybkiego chodu i trzęsienia w pozycyi stojącej. Chory prosił, by go leczyć, ażeby mógł swój urlop należycie wyzyskać. Mimo psychoterapii w postaci perswazyi i zatrzymania go przez kilka dni w łóżku żadnej poprawy. Wówczas zastosował lekarz oddziałowy hypnozę z uśpieniem, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie.

17. M. B., 23 lat, słuchacz techniki. Matka histeryczka. Chory od dzieciństwa słabowity, drażliwy, impulsywny, zmiennego usposobienia, ze skłonnością do hypochondrycznych skarg. Od stycznia 1916 był na włoskim froncie; tam nadużywał alkoholu. W kwietniu 1916 w czasie silnego ognia bębniącego miał nagle na 4 dni stracić przytomność. Ze szpitala przewieziono go najpierw do Insbruku. Potem przebywał w kilku szpitalach w Czechach. Rozpoznanie nasze przy przyjęciu do kliniki w sierpniu 1916 brzmiało: Myotonoclonia trepidans seu paraplegia pseudospastica cum tremore, mutismus hystericus. Po kilkutygodniowem stosowaniu odosobnienia, ciepłych kąpieli, ćwiczeń mowy i hypnotycznych seansów tylko bardzo powoli postępująca poprawa: mowa afoniczna, spastyczny stan w dolnych kończynach cokolwiek mniejszy. W październiku 1916 po zastosowaniu ćwiczeń chodu przy pomocy drążka z pętlami i suggestyjnej faradyzacyi (ze względu na silnie wzmożoną wrażliwość elektrodę stałą chory sam trzymał w ręku) nastąpiła znaczna poprawa.

18. T. B., 21 lat, rolnik z Bukowiny. Hereditas? Wywiady bez znaczenia. Do wojska wzięty w kwietniu 1915. Nie był w polu. W czerwcu 1915 rzekomo wskutek przeziębienia bóle i obrzęk (?) w nogach. Pomimo tych objawów chorobowych pełnił swoją lekką służbę z bronią w ręku jeszcze przez miesiąc. W jesieni 1915 z powodu zwiększania się bólów w nogach został odesłany do szpitala, a stamtąd do Trenczyna. W Trenczynie, gdzie przebywał od XII. 15 do V. 16, wystąpiło znaczne pogorszenie, tak że w styczniu 1916 przestał chodzić. Przy przyjęciu do kliniki 26. X. 1916 rozpoznanie kliniczne brzmiało: Myotonoclonia trepidans seu paraplegia pseudospastica completa cum tremore. (Patrz ryc. IV i I). Mięśnie na dolnych kończynach były w zaniku. Przy próbach biernego zgięcia nóg w kolanach skarżył się chory na straszne bóle, dostał histerycznego kaszlu, a następnie ogólnego napadu drgawek histerycznych. Przez kilka tygodni był chory leczony hydropatyą, miesieniem, gimnastyką bierną bez żadnego skutku. Pewnego razu ułożono chorego na sofce w ten sposób, że golenie jego wraz z kolanami wystawały poza krawędź sofki. Ponieważ nogi chorego jedynie wskutek ciężaru swego po 30 minutach same nie opadły, zastosowałem psychoterapię w formie faradyzacyi w ten sposób, że raz z góry do palców, to znów z dołu do pięty zacząłem przykładać pędzelek faradyczny. Wówczas chory, chcąc usunąć nogę przed działaniem prądu, a z drugiej strony pod wpływem słownej suggestyi, zaczął nogi to zginać, to rozginać w kolanach. Przez podobne zastosowanie prądu faradycznego na udach udało mi się również znieść przykurczenie w stawach biodrowych. Tego rodzaju elektryzowanie powtarzałem 3 razy. Od tego czasu nastąpiła znaczna poprawa. Chory zaczął sam chodzić o kulach. Gdy tak chodził, słychać jednak było bardzo silne trzeszczenie w stawach kolanowych. Również skarżył się chory na silne bóle. Siła mięśniowa dolnych kończyn była także bardzo słaba. Usposobienie chorego jednak zmieniło się do niepoznania; przedtem przygnębiony i niedostępny teraz znacznie się ożywił i wykonywał gimnastyczne ćwiczenia bardzo chętnie. Przy chodzeniu o kulach by silnie pochylony naprzód. W kilka tygodni później po zastosowaniu psychoterapii w formie faradyzacyi krzyża nastąpiło natychmiastowe zupełne wyleczenie. Chory maszerował zupełnie prawidłowo, ale trzeszczenia w kolanach istniały w dalszym ciągu. Ryc. V. przedstawia w stanie wyleczenia.

19. J. B., 30 lat, rolnik. Hereditas? Wywiady bez znaczenia Od IX. 14 do VII. 15 w polu. W czerwcu 1915 wybuchł w jego sąsiedztwie granat. Chory ogromnie się przestraszył; zdawało mu się, że mu nogi oderwało. Od tego czasu drżenie w nogach. Pomimo tego pełnił służbę w dalszym ciągu. Po upływie miesiąca napad histeryczny. Od XI. 1915 znaczne pogorszenie, częste napady histeryczne. Przy przyjęciu do kliniki 30. XII. 1916 rozpoznanie nasze: Pseudospastyczne porażenie dolnych kończyn, ogólna analgezya, ogólne drżenie, szczególniej głowy i prawej nogi, jąkanie. Patrz ryc. VI. Po krótkiem przygotowaniu psychicznem wyleczony na jednem posiedzeniu przy pomocy psychoterapii pod postacią faradyzacyi. Napady histeryczne równie więcej się nie powtórzyły.

20. J. P., 19 lat, rolnik. Hereditas? Rzekomo od 15 r. ż. dziwak, częste konflikty z ojcem, uciekał z domu. Do wojska wzięty w listopadzie 1915. W polu nie był. W grudniu 1915 przy noszeniu drzewa przemoczył sobie nogi. Od tego czasu afonia. Był leczony bez skutku w 5 szpitalach. Przy przyjęciu do kliniki 10. XII. 1916 kompletna histeryczna afonia. Po parutygodniowem trzymaniu chorego w łóżku zastosowano psychoterapię pod postacią faradyzacyi. Natychmiastowe zupełne wyleczenie.

21. F. P., 24 lat, rolnik. Ojciec niecierpliwy, złośnik. Matka chorowita. Siostra matki umysłowo chora. Brat alkoholik. Siostra nerwowa. F. P. był zawsze chorowity. Mimowolne moczenie no-

cne z dłuższemi przerwami aż do ostatnich czasów. Od dziecka zwiduje się choremu czasem ogromy dół, do którego wszystko leci, ludzie, konie, drzewa. Chory boi się wtedy. Jako chłopiec widywał lwy i robiło mu się wtedy niedobrze. Był kilka razy



Ryc. VI.



Ryc. VII.

w szpitalu w G. Czasami wydawało mu się, że słyszy głos, który mówił mu przykre i nieprzyzwoite rzeczy. W 16 r. ż. cierpiał na silne strzykanie w uszach i niesłyszał dobrze. Po dłuższym czasie te dolegliwości przeszły, tylko doktór kazał mu stale pielęgnować uszy, żeby znów nie zachorował. Od tego czasu ochraniał je zawsze skrupulatnie przed wiatrem i zimnem. Do wojska wzięty w VIII. 1915. Był 3 miesiące w polu. W XII. 1915 w rowie strzeleckim owiał go nagle zimny wiatr. Od tego czasu sły-



Ryc. VIII.



Ryc. IX.

szał chory gorzej. Po kilku dniach wystąpiła zupełna głuchota. Przy przyjęciu do kliniki 18. VI. 1916: Surditas hysterica completa. Komunikuje się z chorym tylko na piśmie. Zapytany o coś (na piśmie) odpowiada stale głosem krzyczącym,

wymachując przy tem rękami. Usposobienie: przygnębiony, drażliwy, niedostępny. Dłuższe odosobnienie w lecznicy dla nerwic bez skutku bezpośredniego. Po zastosowaniu psychoterapii w postaci faradyzacyi słabym prądem w okolicy ucha zupełne wyleczenie. Po uzyskaniu słuchu nagły wybuch radości, a nawet euforyi, która się przez 3 dni utrzymywała.

22. D. S., 36 lat, rolnik. Herdditas = 0. Wywiady bez znaczenia. Powołany do wojska z początkiem wojny. Po 4 miesiącach ranny na froncie rosyjskim w nogę i w czoło bagnetem nad lewem okiem. W X. 1915 wrócił na front. 18. VII. 1916 na froncie włoskim w odległości kilku metrów od niego uderzył granat, zasypując go całego ziemią. Od tego czasu ma bóle w krzyżach, źle chodzi i nic nie widzi na lewe oko. Przy przyjęciu na klinikę 16. XI. 1916: podmiotowo — skargi na bóle i zawroty głowy. przedmiotowo — chód powolny z pochyleniem ku przodowi. analgezya w obrębie obu goleni i ślepota na oku lewem. W czasie pobytu na klinice wszystkie objawy pod wpływem ogólnego leczenia powoli ustąpiły z wyjątkiem ślepoty, która utrzymywała się przez czas dłuższy bez zmiany, aż wreszcie pod wpływem jednorazowej bezbolesnej suggestywnej galwanizacyi powieki lewej nagle ustąpiła i S. w stanie zupełnego wyleczenia klinikę opuścił.



Ryc. X.

23. J. R., 40 lat, rolnik. Kilku członków jego rodziny miało chorować na reumatyzm. Matka nerwowa. Jeszcze przed wojną miał cierpieć na bóle w nogach. Wzięty do wojska z początkiem wojny. W Karpatach miał się dawny reumatyzm odnowić. Chory był leczony w kilku szpitalach i kąpielach. Przybył do kliniki ze zbornego punktu dla internistycznie na wojnie uszkodzonych (Sammelstelle für interne Kriegsbeschädigte) dnia 2. VIII. 1916. Rozpoznanie nasze wówczas brzmiało: Histeryczne przykurczenie mięśni kręgosłupa. Chory trzymał się stale na przód pochylony, jak to widać na ryc. VII. Pięciotygodniowe miesienie i leczenie hydropatyczne nie dały żadnego wyniku. Po zastosowaniu 5. XII. 1916 psychoterapii w postaci perswazyi, suggestyi na jawie i pewnego rodzaju ortopedyi psychicznej bez zastosowania elektryzacyi nastąpiło zupełne wyleczenie.

24. S. G., 26 lat, rolnik, jeniec rosyjski. Hereditas? Miał być dawniej zawsze zdrów. W marcu 1915 ranny odłamkiem bomby w okolicę kości ogonowej, dostał się do szpitala w Kijowie. Po 3 tygodniach z powrotem na front. Do niewoli dostał się w XII, 1915. W X. 1916 przy robocie przygnieciony na plecach dużą i ciężką paką. Odtąd zaburzenia chodu. Przy przyjęciu 30. X. 1916 rozpoznanie kliniczne: Histeryczne ustawienie kręgosłupa (kyphoscoliosis) i histeryczne przykurczenie w obu stawach kolanowych. Leczenie: sugestywne ćwiczenia chodu. Wyleczenie po 2 tygodniach. Po usunięciu wspomnianych zaburzeń ruchowych przez pewien czas utrzymywały się jeszcze bóle w krzyżach, które w krótkim czasie same ustąpiły.

25. A. P., 45 lat, dawniej górnik, w ostatnich latach zawodowy żebrak. Hereditas? Wywiady bez znaczenia. Pracując od $1^1/_2$ roku w wilgoci w szybie w Szopienicach zachorował na bóle w nogach. Rzekomo po elektryzacyi w szpitalu w M. pogorszenie; nie mógł chodzić. Leżał 5 miesięcy w domu w łóżku. Nie mogac pracować, zaczął żebrać. Do wojska powołany w styczniu 1916. Ćwiczeń robić nie mógł. Leczony bez skutku w kilku szpitalach. Przy przyjęciu do kliniki 30. X. 1917 stwierdzono histeryczne przykurczenie zginaczy lewego kolana, drżenie obu nóg, analgezya lewej nogi. Nawet przy użyciu znacznej siły wyprostować lewej nogi w kolanie niepodobna. Leczenie z początku: leżenie w łóżku. Po pewnym

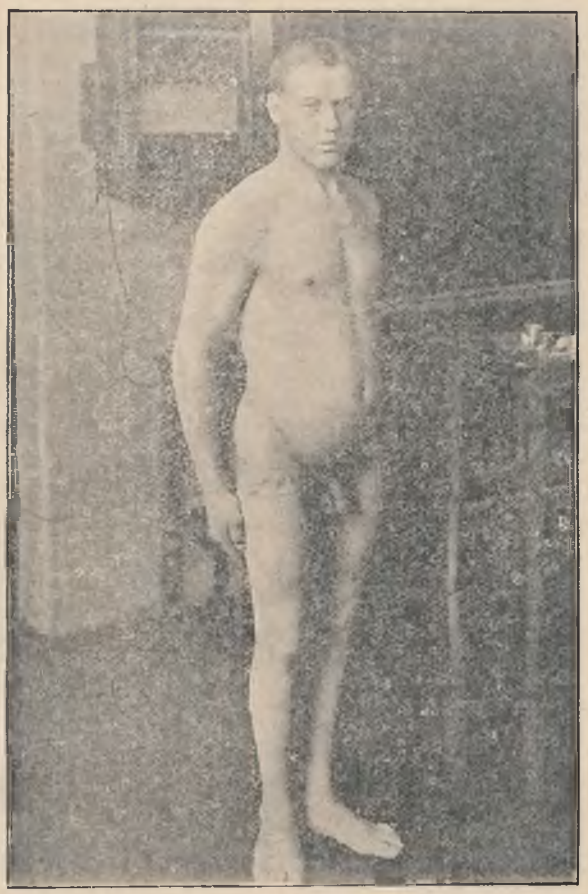


Ryc. XI.

czasie lekarz oddziałowy oświadczył choremu, że mu w czasie snu nogę wyprostuje. Następnego dnia bez użycia większej siły udało się lewą nogę nieco wyprostować. Chory zaczął lepiej chodzić. Maszerował jednak małymi krokami na palcach. Nogi drżały przy tem silnie i chory skarżył się na silne bóle w nogach przy chodzeniu. Sugestywne ćwiczenia przy pomocy drążka z pętlami bez skutku. Następnie psychoterapia w postaci faradyzacyi (3 razy), ostatni raz 27. XII. 1916. Odtąd zupełne wyleczenie. P. zaczął na oddziale pomagać sanitaryuszom. Po 2 tygodniach wystąpiła ciężka depresya i nawrót zaburzeń chodu.

26. A. D., 26 lat, robotnik. Ojciec alkoholik. D. miał być dawniej zawsze zdrów. Od IV. 1915, jako woźnica wojskowy. W listopadzie został uderzony przez konia w lewe kolano. Od tego czasu bóle w całej lewej nodze i zaburzenia chodu; chodzić mógł tylko o 2 laskach. Z początku był leczony w kilku szpitalach potem 4 miesiące przy kadrze. Przy przyjęciu do kliniki 14. XII. 1916, jak to widać na ryc. VIII: nieznaczne histeryczne przykurczenie w stawie biodrowym i zu-

pełne histeryczne zesztywnienie w stawie kolanowym. Nieznaczny zanik mięśni lewej goleni. Lewa stopa zimniejsza od prawej. Hypestezya i hypalgezya całej lewej połowy ciała. Skargi na bóle w lewej nodze i w krzyżu. Dysbazya. Patrz ryc. IX. Po ogólnem psychicznem przygotowaniu chorego w lecznicy dla nerwic zastosowano psychoterapię w postaci faradyzacyi. Natychmiastowe usunięcie przykurczeń i znaczna poprawa chodu. Po gimnastyce w ogrodzie pozostał jeszcze tylko ledwo dostrzegalny ślad nieprawidłowego trzymania się (ryc. X).



Ryc. XII.

27. A. U., 21 lat, fiakier. Dziecko nieślubne. Zaczął chodzić około 5 r. ż. Nerwowy od dzieciństwa, miewał jakieś drgania nóg. Z patologicznych cech charakteru wybitnie zaznaczona kłamliwość. Powołany do wojska w kwietniu 1915. Ranny 6. XI. 1915 w okolicę kości krzyżowej. Podaje, że podczas transportu z linii bojowej na plac opatrunkowy został przysypany ziemią od wybuchu granatu — miał stracić przytomność. Od chwili zranienia leczony był w różnych szpitalach z powodu niemożności chodzenia. Przy przyjęciu: dysbazya z powodu histerycznego przykurczenia nóg w stawach biodrowych i kolanowych, dotykając ziemi palcami. Zaburzenia te ilustruje ryc. XI. Blizna wlotu w okolicy stawu biodrowokrzyżowego i wylotu w okolicy krętarza wielkiego. Uszkodzenia kości nie było. Przez miesiąc stosowane ćwiczenia bez wyniku. Po zastosowaniu psychoterapii w formie faradyzacyi — natychmiastowe całkowite usunięcie objawu. (Patrz ryc. XII).

28. O. A., 20 lat, rolnik. Hereditas = 0. Powołany do wojska VIII. 1916. W polu ranny w prawą dłoń. Rana goiła się przez miesiąc; przez ten czas nosił rękę prawą na temblaku. Gdy po miesiącu zdjęto opatrunek i temblak, pozostało przykurczenie w łokciu. Zastosowano mechanoterapię, ale chociaż wszystkie ruchy bierne były możliwe, to przedmiotowo nie mógł chory wykonać ręką prawą żadnego ruchu. Przy przyjęciu na klinikę stwierdzono: bliznę po przestrzale prawej dłoni pomiędzy kością śródręcza II a III i psychogeniczne porażenie całej prawej górnej kończyny, imitujące porażenie prawego splotu barkowego. Ruchy bierne wszystkie możliwe, bezbolesne, czynne zupełnie zniesione. Po zastosowaniu jednorazowem sugestyjnej faradyzacyi uzyskano natychmiast zupełne wyleczenie.

29. S. S., 28 lat, rolnik. Hereditas? Miał być dawniej zawsze zdrowym. Powołany do wojska przy mobilizacyi. W IV. 1915 w Karpatach zachorować miał na reumatyzm. Ze szpitala, gdy stan jego zdrowia poprawił się, odesłany został do kadry. W XI. 1915 na rosyjskim froncie, rzekomo po wybuchu granatu i zasypaniu, utrata mowy i wzroku, porażenie i bóle dolnych kończyn. W I. 1916 został superarbitrowany i w II. 1916 odesłany do zbornego miejsca inwalidów, a stamtąd do kliniki. Przy przyjęciu 2. VI. 1916 stwierdziliśmy: psychogeniczne



Ryc. XIII.

wiotkie porażenie dolnych kończyn i gruźlicę płuc. Patrz ryc. XIII. Z powodu gorączki i krwotoku płucnego musiał być chory przeniesiony na wewnętrzny oddział (Dr Oszacki) garnizonowego szpitala. Tam chory po pewnym czasie tak się poprawił, że sam przyszedł o lasce w odwiedziny do kliniki.

Wnioski.

Na podstawie dotychczasowej obserwacyi wojennego materyału klinicznego i wyżej podanych teoretycznych rozważań mogę wnioski moje, co do nerwic spostrzeganych w czasie obecnej wojny krótko ująć w sposób następujący:

1) Znaczna większość nerwic, jakie w obecnej wojnie spotykamy, są to nerwice histeryczne [1]).

2) Poszczególne objawy chorobowe, jakie w t. zw. nerwicach wojennych spostrzegamy, są to przeważnie objawy histeryczne.

3) Prawie we wszystkich przypadkach t. zw. nerwic wojennych — tylko z bardzo małymi wyjątkami — udaje się przy pomocy odpowiedniego specyalnego leczenia usunąć poszczególne objawy chorobowe.

4) Najszybsze i najlepsze wyniki leczenia przy usuwaniu poszczególnych objawów chorobowych, spostrzega-

[1]) Z pośród niehisterycznych nerwic nerwice po psychicznych urazach w rozumieniu Oppenheima, jeżeli takie istnieją, zdarzają się stosunkowo rzadko.

nych w przebiegu t. zw. nerwic wojennych, daje indywidualnie zastosowana psychoterapia.

5) W celu utrwalenia uzyskanego wyleczenia lub poprawy należy jeszcze przed wypuszczeniem chorego z kliniki starać się wywrzeć pewien korzystny wpływ na jego charakter. Do tego zmierza między innemi t. zw. leczenie następowe w formie zajmowania chorych pracą, zabaw i gimnastyki na świeżem powietrzu.

6) Odnośnie do ewentualnego występowania nawrotów choroby u chorych, którzy jako wyleczeni klinikę opuścili, na razie nie wiele powiedzieć można dlatego, że dalsza kontrola tych przypadków była dotychczas z małymi wyjątkami z powodu warunków wojennych bardzo utrudniona. Oczywiście umożliwienie takiej kontroli byłoby dla nauki wielce pożądane.

7) Dotychczasowe nasze doświadczenie wojenne wykazało, że chorzy z histerycznemi nerwicami wojennemi którzy mogą być wyleczeni w stosunkowo krótkim czasie, bardzo często przebywają w najrozmaitszych szpitalach i uzdrowiskach całymi miesiącami, a nawet latami, co niewątpliwie dzieje się ze szkodą dla tych chorych i dla społeczeństwa.

8) Zapobiedz tym szkodliwym skutkom wadliwej organizacyi wojennej opieki nad nerwowo chorymi można: 1) przez utworzenie odpowiedniej liczby specyalnych zakładów leczniczych dla nerwowo chorych, 2) przez wydanie odpowiednich zarządzeń i jaknajściślejsze przestrzeganie ich, ażeby nerwowo chorzy odsyłani byli jedynie do specyalnych zakładów i wreszcie 3) przez przeprowadzenie zasady, ażeby neurolodzy i psychiatrzy byli zatrudnieni przedewszystkiem na oddziałach neurologiczno-psychiatrycznych.

9) Wobec wielce dodatnich wyników leczenia t. zw. nerwic wojennych, będziemy musieli po wojnie poddać dokładnej rewizyi nasze dotychczasowe zapatrywania co do przebiegu i prognozy histerycznej nerwicy urazowej, w szczególności zaś co do leczenia i co do sprawy odszkodowania w tych przypadkach. Myśl tę zresztą poruszono już na zeszłorocznym Zjeździe neurologów niemieckich w Monachium.

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

Zmiany anatomo-patologiczne w paratyfusie B.

Podał

Prof. Dr Witold Nowicki,

kierownik pracowni.

Zmiany anatomopatologiczne w paratyfusie B są stosunkowo mało znane; przyczyną tego z jednej strony mała śmiertelność w tej chorobie; z drugiej zaś strony niejednolity obraz kliniczny i anatomiczny jest powodem, że niewątpliwie pewna ilość przypadków, bakteryologicznie za życia niebadanych, nie jest na sekcyi rozpoznawana jako paratyfus B.

Według ogólnie w podręcznikach podawanych dat, ma wynosić śmiertelność w paratyfusie B około 1%; Stintzing [25]) w referacie, wygłoszonym na ostatnim Zjeździe internistów niemieckich w Warszawie, oznacza ją na 1,2%, inni zaś szacują ją wyżej, n. p. Zimmer miał w czasie obecnej wojny w jednym ze szpitali na 725 przypadków 33, t. j. 4,5% zejść śmiertelnych w paratyfusie B, gdy śmiertelność z duru brzusznego w tymsamym czasie i w tymsamym szpitalu wynosiła 8,9%. Stuka i Pollak [22]) na 105 przypadków paratyfusu B mieli 5 zejść śmiertelnych, a zatem 4,7%, przyczem jednak paratyfus nie był jedyną przyczyną śmierci w tych 5 przypadkach. Stein [23]) miał w materyale, obejmującym 50 przypadków, 10% śmiertelności; zauważa on jednak słusznie, że lekkie przypadki paratyfusu niewątpliwie uchodzą przed spostrzeżeniami lekarza.

Jaki był procent śmiertelności w materyale paratyfusu B, przez nas badanym, ściśle powiedzieć nie możemy, był on jednak z pewnością bardzo nizki; i tak n. p. w jednym z obozów jeńców wojennych, gdzie bakteryologicznie stwierdziliśmy większą liczbę przypadków paratyfusu B, nie zaszedł ani jeden przypadek śmierci; również między innemi w tutejszym szpitalu garnizonowym mieliśmy sposobność spostrzegać przez przeciąg 2 lat tylko dwa razy sekcyjne przypadki paratyfusu B, mimo nie tak rzadkiego bakteryologicznego stwierdzania, zwłaszcza w roku 1916, tej choroby.

Zdaje mi się, że przy uwzględnieniu lekkich przypadków procent śmiertelności w paratyfusie B nie przenosi liczby 2%. W pewnych endemiach stwierdzane wyższe procenty mogą być tylko wyrazem, jak i w innych chorobach zakaźnych, większej jadowitości zarazka lub innych niekorzystnie działających czynników. W każdym razie to wahanie się śmiertelności w przytoczonych powyżej przykładach między 1% a 10% świadczy o rozmaitym przebiegu paratyfusu B, względnie o jego lekkich i ciężkich postaciach.

Zarówno dawniejsze, jak obecnie liczne, w czasie wojny porobione spostrzeżenia potwierdzają dowodnie, że kliniczny przebieg paratyfusu B może być różny. Wiadomo, że już Schottmüller [21]), który pierwszy w paratyfusie wprowadził pewien system, rozróżnia klinicznie trzy grupy chorobowe, mianowicie zapalenie jelit paratyfusowe (enteritis paratyphosa), schorzenia narządów paratyfusowe (cholecystitis, pyelitis i t. d. paratyphosa) i właściwy paratyfus, przebiegiem swym podobny do duru brzusznego (paratyphus abdominalis).

Na to jednak, że kliniczny przebieg paratyfusu B może dawać całą skalę rozmaitych postaci chorobowych, wskazuje dowodnie w obecnej wojnie ogłaszany materyał. Obok lekkich, krótkotrwałych, nieżytowych zapaleń mogą tu występować postacie o przebiegu, nader podobnym do duru brzusznego, przypadki, podobne do czerwonki, tylko zwykle z mniej lub więcej wybitnym przebiegiem gorączkowym, postacie posocznicze względnie toksyczne o ciężkim, śmiertelnym przebiegu, między niemi postacie podobne do cholery (cholera nostras).

Na ten różnoraki obraz kliniczny w paratyfusie zwraca uwagę Walko [27]) na podstawie spostrzegania większej liczby przypadków paratyfusu A i B; obok lekkich postaci zapaleń żołądkowojelitowych pojawiały się najcięższe, o przebiegu, podobnym do cholery. Stein n. p. po wyłączeniu przypadków, podobnych do duru brzusznego, dzieli na podstawie swych spostrzeżeń zapalenie żołąkowojelitowe na tle lasecznika paratyfusu B (gastroenteritis paratyphosa) na najlżejsze postacie zapalenia jelit (enteritis paratyphosa), postacie lekkiego nieżytowego paratyfusu B (paratyphus B catarrhalis), toksyczny paratyfus i podobny do cholery (cholera nostras).

Również wspomniany wyżej Stintzing podnosi różnorakość obrazu klinicznego paratyfusu, który może przebiegać jużto jako dur brzuszny, czerwonka, nieżyt jelit, grypa i t. p.

Ta różnorakość w klinicznym przebiegu paratyfusu cechowała także przypadki paratyfusu B, bakteryologicznie

przez nas stwierdzonego. Można tu było spostrzegać przypadki o nader lekkim przebiegu, odpowiadającym nieżytowi jelit, przypadki podobne do duru brzusznego, tylko o atypowym przebiegu, jak n. p. w tutejszym szpitalu garnizonowym, które cechowały się na ogół dość nagłym początkiem, bez widocznych wstępnych objawów (zwiastunowe objawy), obfitą różyczką, obrzękiem śledziony, gorączką ciągłą (continua), trwającą zaledwie kilka dni, i to najwyżej 39°—40° C. ze zwolnieniami (remisyami), o skróconem trwaniu i wogóle o skróconym czasie przebiegu. Inne bakteryologicznie przez nas badane przypadki dawały kliniczny obraz czerwonki o lekkim lub ciężkim przebiegu; tego rodzaju stosunkowo dość liczne przypadki spostrzegano w jednym z obozów jeńców wojennych. Najrzadszymi bakteryologicznie przez nas badanymi przypadkami były postacie paratyfusu B o nader gwałtownym, krótkotrwałym przebiegu, o charakterze zatrucia, przyczem na pierwszy plan wysuwały się gwałtowne objawy ze strony przewodu pokarmowego. Jeden taki przypadek mieliśmy sposobność sekcyonować.

Odpowiednio do różnego klinicznego przebiegu paratyfusu B i obraz anatomiczny nie jest jednolity.

Materyał sekcyjny paratyfusu B, dokładniej opisany i ogłoszony, jest stosunkowo niewielki. Nawet mimo tak licznych spostrzeżeń w obecnej wojnie spotykamy się, o ile mi wiadomo z dostępnego piśmiennictwa, z nielicznymi i to przeważnie niedokładnymi opisami sekcyjnymi. Herxheimer [10]), uwzględniając nieco większe prace Hübschmanna [11]), Burckhardta [3]), Sałtykowa [30]), zawierające odnośne piśmiennictwo, a ogłoszone w ostatnich czasach, a także krótkie opisy już z ostatnich czasów, oblicza, że liczba pewnych dotąd ogłoszonych przypadków sekcyjnych zapalenia jelit (gastroenteritis) paratyfusowego B wynosi 30, paratyfusu brzusznego B (paratyphus B abdominalis) 20, a nader rzadkich sekcyi paratyfusu A tylko 8. Do liczb tych należy dodać 2 przypadki paratyfusu B (Lecount i Batty [14]), Lecount i Kirby [15])), 2 przypadki sekcyjne opisane przez Loelego [16]); dalej należy tu przytoczyć dokładnie opisane i ogłoszone przez Herxheimera w czasie obecnej wojny jeden przypadek zapalenia jelita i 2 paratyfusu brzusznego na tle lasecznika B i jeden na tle A, dalej 3 przypadki Stephana [24]), z których dwa o przebiegu podobnym do czerwonki i 4 przypadki Korczyńskiego [13]). Z mniej dokładnie, oraz ogólnikowo opisanych, pochodzących również z czasów obecnej wojny, przytaczam z dostępnego mi piśmiennictwa między innymi 2 przypadki Fraenkla [4]), jeden przypadek Frenzla [6]), przypadki Steina [23]), Herrnheisera [9]) i Zimmera [29]).

Anatomicznie interesują nas, trzymając się podziału Schottmüllera, dwie postacie paratyfusu B, t. j. ostre zapalenie jelit (gastroenteritis acuta paratyphosa) i paratyfus brzuszny (paratyphus abdominalis).

Zapalenie ostre jelit paratyfusowe cechuje się przedewszystkiem rozlanem zapaleniem cienkiego jelita i szczególnie chętnie grubego. Błona śluzowa jest zazwyczaj silnie obrzękła i przekrwiona, często z mniej lub więcej licznemi wybroczynami, niekiedy wprost o charakterze wybitnie krwotocznym. Obrzęk błony śluzowej w niektórych ciężkich toksycznych przypadkach miał charakter obrzęku galaretowatego i przechodził aż na warstwę mięsną, wywołując znaczniejsze zgrubienie ściany jelita. Udział narządu chłonnego błony śluzowej był nieznaczny, a nawet niekiedy wcale go nie stwierdzano. W pierwszym przypadku powiększenie grudek chłonnych samotnych względnie kępek Peyera było stosunkowo niewielkie i nie miało charakteru nacieku rdzeniastego durowego. Wrzody stwierdzano dość rzadko, a przytem nie miały one charakteru wrzodów tyfusowych, a więc powstałych z rozpadu nacieków rdzeniastych grudek chłonnych wzgl. kępek Peyera, lecz przedstawiały się jużto jako powierzchowne nadżerki błony śluzowej, i to głównie w jelicie cienkiem, lub też jako nietypowe wrzody, czasem nawet bardzo liczne, rozmieszczone dowolnie, szczególnie chętnie w jelicie grubem, i to w różnych jego odcinkach, nawet w odbytnicy. W poszczególnych przypadkach spostrzegano także w jelicie grubem powierzchowną martwicę błony śluzowej.

Udział żołądka w zmianach anatomicznych w zapaleniu paratyfusowem jest częsty, albowiem w przeszło 50% spotykano w żołądku obraz ostrego nieżytu ze zmianami błony śluzowej, podobnemi do wyżej opisanych. Ten obraz ostrego zapalenia, nierzadko o charakterze krwotocznym, spostrzegał w obecnej wojnie Stein, i to szczególnie w przypadkach, podobnych klinicznie do cholery. Dodam, że w ostatnich czasach Frankl i Benkovic [5]) spostrzegali w paratyfusie B często zaburzenia ze strony żołądka, mianowicie u 54 paratyfusowych stwierdzili w treści żołądkowej po próbnem śniadaniu podobne zaburzenia w chemizmie, jak w durze brzusznym. Wspomnę jeszcze, że Bracht [2]) i Hübschmann [11]) spostrzegali w paratyfusie ropne zapalenie żołądka, co jednak jest zmianą niezwykłą.

Gruczoły chłonne krezkowe nie okazywały wcale zmian lub też nieznaczne, a wówczas przedstawiały się, jak w ostrych nieżytach przewodu pokarmowego, były więc mniej lub więcej powiększone, często różowawe, o spoistości niezmienionej lub nieco większe; w każdym razie nie przedstawiały one obrazu nacieku rdzeniastego durowego.

Również i śledziona w znaczniejszej liczbie przypadków nie była powiększona, o ile zaś stwierdzano powiększenie, to zwykle niewielkie; niemniej śledziona kruchością i na przekroju wcale nie była podobna do śledziony durowej. Druga postać, paratyfus brzuszny (paratyphus abdominalis B), przedstawia, jak odnośne piśmiennictwo wskazuje, wybitniejsze zmiany. I tutaj, podobnie jak w postaci pierwszej, możemy mieć do czynienia z ostrem zapaleniem całego jelita cienkiego i grubego, wyjątkowo żołądka. Najczęściej atoli i najwybitniejsze zmiany stwierdzano w jelicie biodrowem. Herxheimer zauważył w swym przypadku wybitny udział dwunastnicy w zmianach zapalnych. Obok silnego obrzęku, przekrwienia i nierzadko wybroczyn w błonie śluzowej, stosunkowo bardzo często spostrzegano wrzody, prawie zawsze usadowione w jelicie biodrowem i szczególnie liczne w grubem. Opierając się na dawniejszych opisach sekcyjnych, jak również niektórych z czasów obecnej wojny, należy podnieść brak jakichkolwiek charakterystycznych cech dla wrzodów, spostrzeganych w paratyfusie, i to co do ich usadowienia, wielkości i wyglądu. Obok wrzodów małych, wielkości świeżych wrzodów z rozpadu grudek chłonnych powstałych lub zwykłych świeżych nadżerek, stwierdzano wielkie zlewające się, jak n. p. w czerwonce, szczególnie w jelicie grubem. Kształt ich również rozmaity; obok okrągłych lub wydłużonych w kierunku osi jelita, wrzody poprzeczne, równoległe do fałdów błony śluzowej. Brzegi wrzodów były gładkie lub postrzępione, wcale często krwią nacieklc lub małe wrzody otoczone krwawą obwódką. Dno rzadko obrzękłe, częściej pokryte warstewką tkanki martwiczej lub też krwawym śluzem. Głębokość wrzodów była różna, przeważnie spostrzegano wrzody powierzchowne, inne zupełnie podobne do czerwonkowych (Herford [8]), Lucksch [17]), Korczyński). Wyjątkowo tylko stwierdzano wrzody, dochodzące aż do błony surowiczej. I w jelicie biodrowem spostrzegano wrzody, podobne do czerwonkowych (Strong [26]), Lucksch, Glaser [7]). Dodać należy, że w temsamem jelicie wrzody mogą przedstawiać się nader rozmaicie. Co do udziału tkanki chłonnej w paratyfusie brzusznym, to spostrzeżenia sekcyjne nie są bezwzględnie zgodne. W większej części spostrzeżeń, także i w obecnej wojnie, stwierdzano powiększenie grudek chłonnych i kępek Peyera, jednak nie o charakterze nacieku rdzeniastego durowego, tak, że Lucksch, a za nim Herxheimer, opierający się na piśmiennictwie i własnych 2 przypadkach paratyfusu brzusznego, podnosi, że prawie wyłącznie w tej postaci paratyfusu B grudki chłonne jelit nie są siedzibą zmian, jak w durze brzusznym. W przeciwieństwie do powyższych spostrzeżeń uważa, jak wiadomo, Kayser i Brion [12])

zmiany anatomiczne w paratyfusie na ogół za podobne do durowych. Dotyczą one, według nich, grudek chłonnych i kępek Peyera, i to przedewszystkiem, podobnie jak w durze brzusznym, dolnej części jelita biodrowego. Podobnie Barykin [1]) łączy powstawanie wrzodów w paratyfusie z kępkami Peyera. W obecnej wojnie miał Stein spostrzegać nacieki rdzeniaste grudek i kępek, przyczem grudki były często otoczone krwawym rąbkiem. Zimmer podaje, że spostrzegał w paratyfusie typowe wrzody tyfusowe, i to w niektórych przypadkach usadowione tylko w dolnej części jelita grubego (!). Fraenkel zaś wyraża się ogólnikowo, że widział w 2 przypadkach paratyfusu wrzody zupełnie podobne do tyfusowych, podobnie jak Herrnheiser, który miał spostrzegać w dolnej części jelita biodrowego typowe gojące się wrzody tyfusowe.

Opisy ostatnich autorów nie są dokładne, tak, że nie można wytworzyć sobie jasnego obrazu zmian, przez nich spostrzeganych.

Gruczoły krezkowe w paratyfusie brzusznym przedstawiały się podobnie, jak w zapaleniu paratyfusowem; kilka razy spostrzegano ich znaczne powiększenie (Rings [19]), Barykin [1]); nie były rdzeniaste w przeciwieństwie do niektórych spostrzeżeń Steina, Zimmera i jednego przypadku Herrnheisera.

Śledziona nie okazuje obrzęku tyfusowego, może nawet być niepowiększona; nawet w tych przypadkach, w których tkanka chłonna jelit miała być rdzeniasto naciekła, śledziona znacznie różniła się od durowej, zarówno wielkością, jak i spoistością. W dawnych przypadkach 4 razy tylko spostrzegano znaczniejsze jej powiększenie (Herxheimer), obecnie Stephan widział je wśród swych 3 przypadków dwa razy.

Zmiany w innych narządach podobne są, jak w durze brzusznym, a więc zwyrodnienie miąższowe narządów miąższowych, szczególnie wybitne w nerkach. W nerkach wcale często pojawiało się zapalenie, i to krwotoczne, dalej zatory z drobnoustrojów, wiodące do ropienia (Wiechert [28]), podobnie, jak w przypadku paratyfusu A, opisanym przez Frenzla [6]). W płucach stwierdzono przekrwienie i zapalenia zrazikowe Z innych narządów należy wymienić zapalenie ślinianki przyusznej (Stephan), jąder, ucha środkowego. Z powikłań ze strony samego przewodu pokarmowego należy wymienić przypadek przebicia wrzodu kiszki grubej (Herford [8]), jak również drugi przypadek Korczyńskiego, w którym przy zmianach, podobnych do czerwonki, doszło do ropienia w wyrostku robaczkowym i następowego przebicia. W obu wymienionych przypadkach rozwinęło się zapalenie otrzewnej. Spostrzegano również krwawienia jelitowe, podobnie jak w durze brzusznym. Z ogólnych zmian należy wymienić skazę krwotoczną (Herrnheiser, Zimmer).

Z przytoczonych opisów widzimy więc, że anatomiczne zmiany, spostrzegane w obu klinicznych postaciach paratyfusu B, ani co do charakteru, ani co do rozległości zmian nie przedstawiają wybitniejszych różnic pod względem anatomicznym, więc nie dają się ściśle od siebie odgraniczyć.

Przy przechodzeniu poszczególnych przypadków, zwłaszcza dokładniej opisanych, rzuca się w oczy rozmaitość obrazów anatomicznych, napotykanych w jelicie cienkiem i grubem, i to tak pod względem rodzaju samych zmian, jak ich nasilenia i rozległości. Stwierdza się tu do pewnego stopnia równoległość z dość różnymi obrazami klinicznymi, jakie może przedstawiać w swym przebiegu zakażenie laseczniki em paratyfusu B Ten brak ściślejszego określenia obrazu anatomicznego zmian w paratyfusie B, spowodowany z jednej strony rozmaitością zmian, z drugiej strony także rzadkością spostrzegania bakteryologicznie stwierdzonych przypadków tego zakażenia na stole sekcyjnym, powinien być bodźcem do dokładnego ile możności podawania każdego sekcyjnie badanego i oczywiście bakteryologicznie stwierdzonego przypadku.

W pracowni naszej, mimo stosunkowo znacznej liczby bakteryologicznie zbadanych przypadków paratyfusu B, pochodzących prawie wyłącznie z wojskowych zakładów sanitarnych wzgl. grup szpitalnych obozów jeńców wojennych, mieliśmy sposobność spostrzegać tylko sześć przypadków sekcyjnych paratyfusu B, z czego w czterech wykonaliśmy sami sekcye, w dwóch zaś badaliśmy przysłane jelita, pochodzące ze sekcyi, wykonanych w tutejszym szpitalu garnizonowym.

Przy każdym przypadku podaję w krótkości tylko najważniejsze objawy kliniczne, i to o tyle, o ile mogłem je uzyskać. Opisane przypadki badane były bakteryologicznie, niektóre serologicznie w tutejszej pracowni dyagnostycznej częściowo za życia, a wszystkie bakteryologicznie po śmierci. Dla krótkości ograniczam się do podania tylko najważniejszych zmian anatomicznych.

I. Jeniec rosyjski około 30-letni; na krótko przed śmiercią przywieziony został do jednego z rezerwowych szpitali na prowincyi z ciepłotą ponad 39° C., oraz z objawami ze strony przewodu pokarmowego pod postacią początkowo wymiotów, a następnie kilkakrotnie dziennie oddawanych stolców płynnych, nieco krwią podbarwionych. Różyczki nie zauważono. Choroba miała trwać zaledwie kilka dni, a przebieg jej miał być nieco podobny do czerwonki. Badania bakteryologicznego, ani serologicznego za życia nie wykonano.

Sekcyę wykonałem w niespełna 24 godzin po śmierci.

Obraz anatomiczny: U bardzo źle odżywionego osobnika stwierdzono w górnej i przedniej części prawego płuca zapalenie zrazowe, przechodzące w okres zwątrobienia szarego. W narządach miąższowych, szczególnie w nerkach, zwyrodnienie miąższowe. Żołądek rozszerzony, o błonie śluzowej rozpulchnionej, w części odźwiernikowej wybitnie szarołupkowej i groszkowanej. W żołądku znajduje się skąpa treść płynna. W całem jelicie, głównie jednak w części biodrowej i w sąsiadującej z nią części jelita grubego, silne szarołupkowe zabarwienie, a nadto głównie w jelicie biodrowem i grubem znaczne rozpulchnienie i przekrwienie oraz dość liczne punkcikowate i plamkowate wybroczyny; w jelicie grubem są powiększone grudki chłonne samotne, naokoło których przekrwienie jest silniej zaznaczone. Tak w jelicie cienkiem, jak i grubem, znajduje się skąpa półpłynna treść, podobna do grochowianki. Gruczoły krezkowe są średnio wielkości małej fasolki, różowawe i dość oporne. Śledziona jest nieco powiększona ($11 \times 7 \times 4$ cm), wiotka, na przekroju ciemnoczerwona z nieco widocznemi grudkami, miąższ jej miernie kruchy.

W żołądku stwierdzono zatem przewlekły nieżyt z wybitną pigmentacyą; w jelitach zaś, obok zmian podobnych, ostre zapalenie nieżytowe z nieznacznym współudziałem tkanki chłonnej w jelicie grubem i gruczołów krezkowych. Śledziona przedstawiała obraz obrzęku niewysokiego stopnia, w każdym razie jednak nie durowego. Zapalenie płuc było pochodzenia pneumokokowego.

Badanie drobnowidowe treści jelita wykazało obok bezpostaciowych mas i bardzo licznych drobnoustrojów, głównie laseczników, nieliczne, lecz prawie w każdem polu widzenia stwierdzone, ciałka białe wielojądrzaste.

Badanie bakteryologiczne treści jelita cienkiego i grubego wykazało nieliczne kolonie lasecznika paratyfusu B. Szczepienie miąższu śledziony dało wynik ujemny. Zawartości pęcherzyka żółciowego i krwi nie badano.

II. W przypadku tym chodziło o 19-letniego żołnierza, który zachorował wśród ciężkich objawów durowych z ciepłotą dochodzącą do 40° C., a u którego w szóstym dniu choroby wykazano w stolcu płynnym laseczniki paratyfusu B. Powtórne badanie, przeprowadzone w 2 tygodnie później, t. j. w trzecim tygodniu choroby, wykazało również w miękkim jasnożółtym stolcu obecność licznych kolonii tego lasecznika. W preparacie rozcieranym ze stolca stwierdzono mierną ilość leukocytów i nader skąpe nabłonki. Różyczki nie zauważono. W trzecim tygodniu choroby nastąpiła śmierć wśród objawów ciężkiego zatrucia.

Sekcyę wykonałem w tutejszym szpitalu garnizonowym w kilka godzin po śmierci.

Obraz anatomiczny: U dobrze odżywionego młodego osobnika stwierdzono na skórze nieliczne punkcikowate wybroczynki, w narządach miąższowych ostre zwyrodnienie miąższowe, szczególnie wybitne w nerkach; na opłucnej, w nerkach, miedniczkach nerkowych i szczególnie w pęcherzu moczowym rozległe

wybroczyny; nadto w płucach znajdowały się ogniska, odpowiadające początkowemu krwawemu zrazikowemu rozsianemu zapaleniu. Żołądek nieco rozszerzony, o błonie śluzowej bardzo rozpulchnionej i silnie przekrwionej z nielicznemi wybroczynami. W całem jelicie, głównie jednak w dolnej części jelita biodrowego, jest błona śluzowa bardzo silnie przekrwiona i rozpulchniona i z licznemi punkcikowatemi i plamkowatemi żywoczerwonemi wybroczynami. W jelicie grubem zmiany tesame, tylko w wyższym stopniu, nadto w kilku miejscach zupełnie powierzchowne ubytki, wielkości około 2—3 mm, o brzegach gładkich, silnie krwią naciekłych. Tak w jelicie biodrowem, jak i grubem, stwierdza się nieco powiększone grudki chłonne samotne, nie mające jednak wcale charakteru nacieku rdzeniastego. Treść jelit jest półpłynna, nieco śluzowa i krwią zabarwiona. Gruczoły krezkowe powiększone, średnio wielkości orzecha laskowego, miękkie, na przekroju szaroczerwone, nieco rdzeniaste. Śledziona jest znacznie powiększona, wiotka, na przekroju ciemnoczerwona z wyraźnemi powiększonemi grudkami chłonnemi; miąższ jej kruchy.

Opisane zmiany odpowiadają zatem bardzo ostremu krwotocznemu zapaleniu jelit, szczególnie dolnej części jelita biodrowego i kiszki grubej, z nieznacznem powiększeniem tkanki chłonnej jelit, natomiast dość znacznem powiększeniem gruczołów krezkowych, i to przypominających cechami swemi naciek rdzeniasty. Śledziona przedstawia obraz ostrego obrzęku, nieco podobnego do durowego. W innych narządach obok zmian, spotykanych w ostrych chorobach zakaźnych, względnie gorączkowych, obraz skazy krwotocznej.

Badanie drobnowidowe treści jelit wykazało dość obfite leukocyty i liczne bakterye. Badanie bakteryologiczne treści jelita, miąższu gruczołów krezkowych, śledziony, żółci i krwi wykazało lasecznika paratyfusu B, i to, z wyjątkiem treści jelita, wszędzie w czystej hodowli. Również serologiczne badanie krwi chorego z otrzymanemi hodowlami lasecznika paratyfusu B co do odczynu Gruber-Widala dało wynik dodatni.

III. Przypadek ten dotyczył jeńca wojennego rosyjskiego, około 30-letniego, który wśród bardzo gwałtownych objawów ze strony przewodu pokarmowego pod postacią silnej biegunki z oddaniem stolców śluzowokrwawych, silnem parciem, ciepłotą z początku podniesioną do 38° C., a następnie niedługo przed śmiercią obniżoną i z zapadami, zmarł w jednym z prowincyonalnych szpitali rezerwowych. Różyczki nie zauważono. W całości przebieg choroby odpowiadał ciężkiej postaci czerwonki z objawami ogólnego zatrucia. Za życia w przypadku tym nie przeprowadzono badania bakteryologicznego ani serologicznego.

W przypadku tym, z przyczyn odemnie niezależnych, wykonałem sekcyę tylko jamy brzusznej, mniej więcej w 24 godzin po śmierci.

Obraz anatomiczny: U licho odżywionego osobnika stwierdzono w wątrobie i nerkach zwyrodnienie miąższowe, w miedniczkach nerkowych i pęcherzu moczowym wybroczyny. — Żołądek rozszerzony o błonie śluzowej miernie przekrwionej i rozpulchnionej; w dnie żołądka ciemnoczerwone punkcikowate i plamkowate rozsiane i zlewające się wybroczyny. W całem jelicie cienkiem, a więc i w dwunastnicy i w całem jelicie grubem, szczególnie w jego części zstępującej i w pętli esowatej, jest błona śluzowa bardzo przekrwiona i rozpulchniona z licznemi punkcikowatemi i plamkowatemi wybroczynami, które też w największej liczbie stwierdza się w jelicie grubem. Zarówno w dolnej części jelita biodrowego, jak i w jelicie grubem, grudki chłonne samotne są powiększone, szarawe, nie mają jednak charakteru nacieku rdzeniastego. Błona śluzowa całego jelita, szczególnie biodrowego i grubego, pokryta jest treścią śluzowokrwawą ciągnącą się. Na błonie surowiczej jelit cienkich są zrzadka rozrzucone punkcikowate wybroczynki. Gruczoły krezkowe są wielkości fasolki, miękkie, na przekroju różowe i dość miękkie. Śledziona nieco powiększona, wiotka, na przekroju ciemnoczerwona z zaznaczonemi grudkami chłonnemi, dość krucha.

I tu obraz anatomiczny jelita, szczególnie biodrowego i grubego, odpowiada bardzo ostremu krwotocznemu zapaleniu z miernym udziałem tkanki chłonnej oraz gruczołów krezkowych, jednak bez durowego nacieku rdzeniastego; również i śledziona nie odpowiada obrzękowi durowemu. Nadto podnieść należy obecność wybroczyn na innych błonach śluzowych i na otrzewnej jelitowej.

Badanie drobnowidowe treści jelita wykazało obok nitek i pasm śluzu liczne ciałka ropne, nieliczne nabłonki i ciałka czerwone, wreszcie nieliczne laseczniki, nie barwiące się sposobem Grama.

Badanie bakteryologiczne treści jelita dało prawie w czystej hodowli laseczniki paratyfusu B, taksamo badanie żółci i miąższu śledziony.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 31. października 1917.

Przewodniczy prezes Ciechanowski. Obecnych członków 30.

1) Prezes poświęca zmarłemu członkowi Towarzystwa, ś. p. Dr Ludwikowi Doboszyńskiemu, wspomnienie, którego obecni wysłuchali stojąc.

2) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

3) Prezes zawiadamia, że komisya, wybrana na jednem z ostatnich posiedzeń w sprawie zwalczania gruźlicy, zebrany przez siebie materyał streściła w następującym wniosku:

»Towarzystwo lekarskie krakowskie stwierdza w obecnym czasie uderzające szerzenie się gruźlicy z ogromnym przyrostem śmiertelności z powodu tej choroby i upatruje przyczynę tego zjawiska w dzisiejszych stosunkach wojennych, a mianowicie w złem i niedostatecznem odżywianiu się ludności i w niehigienicznych warunkach mieszkalnych. Najniebezpieczniejszą, ze względu na zakaźność, jest t. zw. otwarta postać gruźlicy płucnej, ponieważ człowiek nią dotknięty rozsiewa naokół zarazki. Na zarażenie najwrażliwsze są małe dzieci. Zwalczanie choroby polegać musi na usunięciu dzieci z otoczenia takich chorych, którzy powinni być odosobnieni, oraz na zwiększeniu odporności organizmu tak dziecięcego, jak i osób dorosłych«.

»Towarzystwo lekarskie krakowskie przyjmuje w zasadzie program akcyi, opracowany przez krakowskie Towarzystwo walki z gruźlicą i Krajową komisyę walki z gruźlicą, a w szczególności uchwala, co następuje: 1) Należy stworzyć sieć organizacyi krajowych sanitarnych. W zasadzie każde miasto powiatowe powinno być ogniskiem, jednoczącem wszystkie usiłowania, zdążające do uzdrowotnienia kraju wogóle, a w szczególności do zwalczania gruźlicy, chorób wenerycznych i ostrych chorób zakaźnych, oraz opieki nad dziećmi i walki ze śmiertelnością osesków, przyczem należy w najszerszej mierze korzystać z wypróbowanej pomocy kolumn sanitarnych Komitetu Książęco-Biskupiego krakowskiego. 2) Walka z gruźlicą powinna iść przedewszystkiem w kierunku zapobiegawczym i opieki nad dziećmi (odżywianie, sprawa mieszkaniowa, kolonie, półkolonie, tanie ogródki). Wpływ złego odżywiania na szerzenie się gruźlicy należy przedstawić Kołu polskiemu, by jaknajenergiczniej broniło ludność naszego kraju przed wygładzaniem. 3) Działalność przeciwgruźliczą w ścisłem znaczeniu należy rozpocząć od zakładania opiek gruźliczych, któreby były zarazem opiekami mieszkaniowemi i od odosobnienia otwartych postaci gruźlicy w przeznaczonych na ten cel oddziałach przy szpitalach krajowych. Na potrzebę tworzenia takich oddziałów kładzie się szczególny nacisk, jak również na urządzenie schronisk i kolonii robotniczych dla chorych z gruźlicą otwartą. W miastach prowincyonalnych mogłyby być pomieszczone »opieki« i dyspensatorya w istniejących tamże szpitalach. 4) Dla dzieci zołzowatych i z zamkniętą gruźlicą należałoby urządzić sanatorya w Rabce, Iwoniczu i Rymanowie, przez cały rok otwarte, dla gruźlicy chirurgicznej stworzyć osobną lecznicę w górach; dla otwartej gruźlicy wieku dziecięcego urządzać sanatorya bądź w okolicy podgórskiej, bądź w blizkości miast. 5) Należy zjednoczyć całą działalność przeciwgruźliczą w rękach Krajowej Komisyi walki z gruźlicą i jej kół prowincyonalnych«.

Ten wniosek komisyi jednomyślnie przyjęto i uchwalono podać do wiadomości Ministerstwa dla Galicyi, Prezydyum Koła polskiego, Wydziału krajowego, JE. Marszałka krajowego, Prezydyum Namiestnictwa, oraz rozesłać do prasy krajowej.

4) W sprawie 50-lecia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego podaje prezes do wiadomości wnioski, uchwalone przez Wydział, które jednogłośnie przyjęto.

5) Kol. Rychliński przedstawia 22-letnią dziewczynę z wrodzonym brakiem pochwy, macicą dwurożną, przyczem

prawy róg miał charakter szczątkowy, krwiakiem w dokształconym rogu i jajowodzie lewym; operacya doszczętna z wyjęciem narządów rodnych. **(Uterus unicornis c. cornu rudimentario, haematometra et haematosalpinx sin. Atresia vaginae congen.).**

W dyskusyi zabierali głos koledzy prof. Braun i doc. Zubrzycki.

6) Kol. Laskiewicz wygłosił wykład pod tytułem: **Ciężkie uszkodzenie po wybuchu w Mogile, częściowe wyleczenie.** (Z przedstawieniem chorego).

W dyskusyi zabierali głos koledzy: doc. Zubrzycki, Michejda, prof. Gliński i prelegent.

Zastępca sekr. dor. Dr Michejda

Memoryał Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego do Koła polskiego i Rządu w sprawie poprawy stosunków sanitarnych w Galicyi.

Opracowany przez komisyę, wybraną na posiedzeniu d. 19 października 1917.

Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło w ostatnich czasach szereg posiedzeń, poświęconych szczegółowemu badaniu i rozpatrzeniu stosunków sanitarnych kraju. Badania te dały obraz smutny, wprost ponury, i skłoniły Towarzystwo do wszczęcia szerszej akcyi u czynników miarodajnych, aby choć w części złemu zaradzić. Już przed wojną Galicya pod względem sanitarnym wskutek wieloletnich zaniedbań ze strony Rządu pozostawała znacznie w tyle poza innymi krajami Monarchii, wojna zaś stosunki te doprowadziła do stanu wprost rozpaczliwego. Należy więc przystąpić do jak najenergiczniejszej akcyi na tem polu, gdyż grozi obawa, że za zniszczeniem kraju pójdzie zniszczenie materyału ludzkiego w takiej mierze, iż grozi to utratą naszych sił narodowych na długie lata. Z odbytych narad w Towarzystwie wynika, że akcya ratunkowa powinna pójść w kilku kierunkach najbardziej zagrożonych, które dadzą się zestawić w następujących punktach:

I. Przedewszystkiem kraj nasz jest wprost ogołocony z lekarzy i ludność ginie bez ratunku, a wszelka akcya humanitarno-lekarska staje się niemożliwą z powodu braku wykonawców.

Należy więc stanowczo domagać się od Zarządu armii, aby z szeregów swoich uwolniła tych lekarzy, którzy zajmują w kraju pewne posterunki, niezbędne nietylko dla leczenia, ale dla ochrony zdrowia publicznego. Tyczy się to przedewszystkiem lekarzy miejskich, szpitalnych i okręgowych oraz pewnej ilości specyalistów, niezbędnych dla zwalczania chorób, takich jak syfilis, gruźlica i choroby infekcyjne, choroby dzieci i t. p. Wiadomo zaś jest, że armia rozporządza taką ilością lekarzy, że bez szkody dla swych interesów może w tym względzie uczynić jak najdalej idące ułatwienia.

II. Gwałtowną potrzebą kraju jest rozwinięcie należytej opieki nad dziećmi, które wskutek stosunków, wywołanych wojną, giną w ilości wprost przerażającej. Istniejące już prywatne stowarzyszenia oparte są prawie wyłącznie na dobroczynności publicznej i z tego powodu poza skromnym zakresem stołecznych miast nie mogą rozwinąć działalności na cały kraj.

Jak wskazuje załącznik ad 1/. już przed rokiem Krajowa Rada zdrowia przedłożyła Rządowi plan rozwinięcia akcyi ratunkowej dla dzieci na cały kraj i przedstawiła, jakich środków winien dostarczyć Rząd dla tej akcyi. Pismo to zostało dotychczas bez żadnej odpowiedzi, a pomoc rządowa dla istniejących towarzystw poza zasiłkami, wynikającymi z prawnych tytułów, obraca się tylko w bardzo skromnych subwencyach, niedozwalających na szersze skuteczne działanie. Nie ulega wątpliwości, że i w innych krajach Monarchii, które, jako nie zniszczone wojną, więcej na tesame cele łożyć mogą, Rząd nie szczędzi grosza dla ochrony dziecka, a nie jest również wykluczonem, że ze zbiórek przeprowadzonych w całej Monarchii na ten cel czerpią zachodnie kraje znaczniejsze zasiłki, niż wyniszczona a biedna Galicya.

Należy więc stanowczo zażądać od Rządu, aby wedle przedłożonego załącznika planu podjął systematyczną i racyonalną akcyę ratowania dzieci naszego kraju.

III. Sprawa gruźlicy jest jedną z tych, które wołają o pomstę do nieba. Dodane obok dokumenta przedstawiają dokładnie stan tej sprawy i wykazują między innemi, że na wielomilionowe fundusze, udzielone innym krajom Monarchii na zwalczanie gruźlicy, Galicya otrzymała zaledwie 150.000 koron.

Walka zaś z gruźlicą, ujęta dzisiaj w ścisłe, naukowo opracowane ramy, daje się przeprowadzić tylko przy znacznej finansowej pomocy Rządu, której na równi z innymi krajami Galicya ma prawo domagać się.

Dodać należy, że o te fundusze państwowe kołata już oddawna Towarzystwo walki z gruźlicą, w ostatnich zaś latach Wydział krajowy łącznie z Czerwonym Krzyżem i z Krajową Komisyą dla opieki nad inwalidami. Rząd zaś w sposób aż nadto wyraźny trudnościami biurokratycznemi przewleka i odwleka spełnienie swego obowiązku.

Prawdziwą klęską dla Galicyi nietylko podczas wojny, ale i na długie dziesiątki lat po wojnie, jest olbrzymie rozpowszechnienie się w pośród ludności chorób wenerycznych, a zwłaszcza kiły, (syfilis). Na tem polu Rząd dotychczas nic nie zrobił pomimo licznych ankiet, pomimo przedłożenia załączonego tu podania w sprawie walki z chorobami wenerycznemi; dotąd oprócz akcyi wojskowej, ograniczającej się do leczenia prostytutek, nie zajęto się chorymi wenerycznymi, przyprawiając całe pokolenie o niepowetowane szkody. Nacisk na Rząd w tym kierunku jest niezbędny, a akcya cała należycie obmyślana da się bez trudu przy pomocy finansowej Rządu w całym kraju zorganizować.

IV. Galicya była zawsze nawiedzana licznie chorobami infekcyjnemi, które tu przedostawały się z Rosyi. Podczas wojny zaś ostre choroby zakaźne dziesiątkowały wprost ludność i gdyby nie działanie z jednej strony armii, z drugiej zaś strony takich instytucyi, jak Książeco-Biskupi Komitet i Czerwony Krzyż, nieszczęście przybrałoby jeszcze większe rozmiary.

Rząd, ustawowo powołany do stłumienia i zapobiegania chorób zakaźnych, zaniedbał w Galicyi w wysokim stopniu to zadanie i podczas gdy w innych krajach buduje się wspaniałe, trwałe szpitale na wypadek nieistniejącej jeszcze epidemii, u nas trudno nawet o uzyskanie baraków, a cała akcya, jeżeli wogóle się prowadzi, polega tylko na zarządzeniach prowizorycznych, które nie pozostawiają trwałych a koniecznych nabytków dla kraju.

V. Sprawa leczenia i kształcenia inwalidów wojennych jest dla naszego kraju donioślejszą, niż gdzieindziej, gdyż, jak wykazują zestawienia przed rokiem, 50% wszystkich inwalidów należy do mieszkańców Galicyi. Powstały z łona Czerwonego Krzyża Krajowy Komitet dla opieki nad inwalidami rozwija energiczną akcyę dla ulżenia losu tym nieszczęśliwym ofiarom wojny. Akcya ta jednak rozbija się o brak należytych urządzeń dla leczenia i kształcenia inwalidów, ustawowe zaś opłaty rządowe nie wystarczają, aby w kraju tak zniszczonym, jak Galicya, można zorganizować należyte opieki nad inwalidami. Winien więc Rząd udzielić osobnych funduszów dla Galicyi, aby można dać naszym inwalidom w kraju to wszystko, co inne szczęśliwsze kraje Monarchii swoim ziomkom ofiarują.

VI. Dla leczenia ogromnej rzeszy inwalidów, a również i szerokich warstw ludności, konieczna jest odbudowa jak najrychlejsza krajowych uzdrowisk i zdrojowisk, które bezpośrednio i pośrednio poniosły olbrzymie szkody. Sprawa ta rozpatrywana być winna również z szerszego stanowiska gospodarczego. Tu jednak musi się podnieść z całym naciskiem ważność odbudowy zdrojowisk dla powszechnej zdrowotności. Celem umożliwienia naszym inwalidom wojennym leczenia się w kraju w naszych znakomitych zakładach kąpielowych należy przedewszystkiem: 1. odwołać wojska, tak austryackie, jakoteż i pruskie, z tych zakładów, które dotąd zajmują (Lubień, Truskawiec, Morszyn) i to nie dla celów leczniczych; 2. jak najrychlej winien Rząd dopomódz właścicielom zniszczonych zakładów wskutek wypadków wojennych (jak Iwonicz, Rymanów, Żegiestów, Niemirów, Wysowa i t. d.) do przywrócenia zakładów do pierwotnego stanu przy uwzględnieniu przedewszystkiem kanalizacyi i wodociągów, niezbędnych czynników sanitarnych; 3. Rząd winien ustanowić ulgi podatkowe dla domów drewnianych, przebudowanych w ciągu lat dziesięciu na domy murowane, a to głównie z tego względu, aby chorzy inwalidzi wojenni mogli skutecznie przez cały rok leczyć się w odpowiednich zakładach.

Wogóle zaś przy odbudowie zniszczonego wojną kraju Rząd wnien zwrócić baczną uwagę na stronę sanitarną wszelkiej akcyi odbudowy i udzielić w tym celu znacznych funduszów na asanacyę miast i miasteczek, oraz na wprowadzenie postępowych urządzeń higienicznych w nowo budujących się miejscowościach.

Postulat ten nie może być spełniony bez powołania do dzieła odbudowy kraju fachowych reprezentantów świata lekarskiego, co dotychczas pomimo wyraźnych przyrzeczeń Rządu nie zostało spełnione. Lekarze zaś Galicyi, pomni na swoje szczytne

powołanie, z całą gotowością ofiarowują swoje siły i pracę dla odrodzenia z gruzów naszego tak ciężko dotkniętego społeczeństwa.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

VII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 6 czerwca 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg. Usprawiedliwił swą nieobecność Dr Meisels.

1 Prezydent odczytuje pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie subskrypcyi VI pożyczki wojennej. Uchwalono subskrybować jeszcze 3000 kor. i ogłosić odezwę do lekarzy, zachęcającą do subskrybowania.

2) Przyjęto do wiadomości pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie ograniczenia sprzedaży alkoholu w aptekach.

3) Prezydent zdaje sprawę z ostatniego posiedzenia Rady zdrowia z dnia 26 maja 1917.

4) Odczytano pismo Dr Cz., lekarza okręg. w Ł., który otrzymał polecenie odnośnego starostwa, żeby donosił imiennie o wenerycznie chorych. Uchwalono odpisać Dr Cz., że co do przestrzegania tajemnicy lekarskiej musi stać na stanowisku istniejących ustaw i przepisów deontologii lekarskiej, z wyjątkiem wykazów, przysłanych mu przez gminę jako lekarzowi okręg. do zbadania i dalszego zarządzenia.

5) Zaopiniowano przychylnie wniosek kredytowy.

6) Zaopiniowano przychylnie podania a) na otwarcie apteki przy ulicy Dunin Borkowskiego lub Szymonowiczów we Lwowie, b) na otwarcie apteki przy ulicy Chorążczyzny aż do ul. Staszica we Lwowie.

7) Uchwalono odpisać opłatę Izbową Dr H. za r. 1915, gdyż w tym roku przebywał na Śląsku.

Taksamo odpisano opłatę Dr E z L. za lata 1915, 1916 i 1917 z powodu, że w tym czasie przebywał poza obrębem Izby lek. wsch. galic.

8) Dr Kohlberger referuje sprawę wydawania orzeczeń i świadectw dla zakładów ubezpieczeń. Uchwalono odnośną opinię Wydziału Izby przesłać Izbie zach. galic. i Wydziałowi kraj.

9) Odczytano skargę Dr L. D. z S. na Dr S. M. z L. i uchwalono przesłać Dr M. do oświadczenia się.

VIII. Posiedzenie Wydziału Izby z 13 czerwca 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg, Meisels.

1) Zaopiniowano przychylnie wnioski kredytowe do Galic. Zakł. kred. wojennego.

2) Odczytano zaproszenie do wzięcia udziału w ankiecie dla ustalenia ustroju sanitarnego na ziemiach polskich, zwołanej przez Towarzystwo lek. krak. na dzień 21 czerwca 1917. Uchwalono wysłać na tę ankietę jako delegata Prezydenta Izby i przedłożyć na ankiecie nadto następujące sprawy:

a) ażeby przy nowopowstającem w Austryi ministerstwie zdrowia miały odpowiednie zastępstwo siły krajowe,

b) ażeby we wszystkich uniwersytetach polskich powstały katedry medycyny społecznej i by przedmiot ten był obowiązkowym dla wszystkich słuchaczów medycyny.

3) Zaopiniowano przychylnie prośbę Dr H. I. z L. o zamianowanie go rzeczoznawcą sądowym dla okulistyki, wyrażając zapatrywanie, że o ileby chodziło o nadanie posady stałej, powinien być ogłoszonym na nią konkurs.

IX. Posiedzenie Wydziału Izby z 27 czerwca 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg.

1) Z powodu odznaczenia Prezydenta Izby Dr Papée przez Monarchę zamianowaniem go oficerem orderu Franciszka Józefa I wyraził Wydział Dr Papée gratulacyę oraz także i ze swej strony uznanie za zasługi, poniesione tak dla stanu lekarskiego wogóle, jakoteż dla wdów i sierót po lekarzach.

2) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie prezydenta z ankiety, odbytej w Krakowie wskutek projektu Izby lek. krakowskiej, odczytanego na ostatniem posiedzeniu. Na ankiecie były reprezentowane obie Izby galicyjskie, Towarzystwa lekarskie lwowskie i krakowskie, Towarzystwo lekarzy okręgowych i Związek lekarzy rządowych. Projekt przyjęto z pewnemi zmianami, a jako delegata na zjazd do Warszawy desygnowano Dr Janiszewskiego lub Dr Opieńskiego. — Wnioski uchwalone przez nasz Wydział w sprawie kreowania katedry medycyny społecznej przy uniwersytetach w Galicyi, jak także o mianowanie w sanitarnych departamentach Galicyi lekarzy krajowych uchwalono przedstawić imieniem ankiety w osobnym memoryale do Ministeryum Galicyi.

3) Przyjęto do wiadomości odezwę c. k. Namiestnictwa w sprawie VI pożyczki wojennej.

4) Prezydent odczytuje pismo Izby lek. bukowińskiej, która na nasze zapytanie donosi, że w jej okręgu nigdy nie było lekarza nazwiskiem Matkowski.

5) Zaopiniowano przychylnie kilka wniosków kredytowych dla Galic. Zakł. kredytowego i miejskiego Zakł. kredytowego w Krakowie.

6) Załatwiono prośby o zwolnienie od opłat Izbowych a mianowicie:

a) Od Dr M. S. z P. zażądano wyjaśnienia, gdzie i w jakiej służbie przebywał od początku wojny.

b) Od Dr E. R. z P. taksamo.

c) Dr K. S. z P. odpisano opłatę za r. 1915.

7) Lekarz S. B. z S. prosi o zapomogę na wyjazd do Karlsbadu. Odmówiono z powodu braku funduszu na ten cel.

X. Posiedzenie Wydziału Izby z 2 lipca 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Dr Meisels, Schellenberg. Usprawiedliwił nieobecność Dr Mikołajski.

A. Rada honorowa.

W sprawie skargi Dr L. D. z S. przeciw S. M. z L. Referent odczytuje skargę, wyjaśnienie Dr S. M., oraz sądowe akta sprawy. Po dłuższej dyskusyi, w której brali udział wszyscy obecni, przyjęto jednogłośnie wniosek referenta, że »Rada honorowa nie ma podstawy do wdrożenia śledztwa dyscyplinarnego przeciw Dr S. M., a równocześnie odpiera bezpodstawne zarzuty, dotyczące także ś. p. Dr E. F.«

B. Wydział.

Prezydent podaje do wiadomości zaproszenie Wydziału wykonawczego Izb na zjazd prezydentów Izb, mający się odbyć w Wiedniu 7 lipca 1917. Uchwalono wysłać p. Prezydenta jako delegata naszej Izby.

XI. Posiedzenie Izby Wydziału z 4 lipca 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Mikołajski, Meisels. Usprawiedliwił nieobecność Dr Schellenberg.

1) Prezydent podaje do wiadomości, że niejaki Dr H. z Berlina, obecnie lekarz wojskowy we Lwowie, udał się do niego z ustną prośbą o opinię Izby w sprawie pobierania honoraryów za leczenie prywatnych cywilnych pacyentów w wojskowym zakładzie fizyo-terapeutycznym, którego on jest kierownikiem. Uchwalono odpowiedzieć że Izba uznaje, iż pobieranie honoraryów w zakładach służących celom publicznym jest niedopuszczalne i nieetyczne i już niejednokrotnie osądziła Izba takie postępowanie jako nadające się do postępowania dyscyplinarnego.

2) Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa, zawiadamiające, że z powodu braku flaszek ciemnych będą odtąd wydawane w aptekach chloroform i eter we flaszkach białych z odpowiednią papierową osłoną. Należy więc te przetwory zapisywać w małej ilości i przechowywać w ciemnem miejscu.

3) Załatwiono pismo Zakładu kredyt. wojennego miejskiego w Krakowie w sprawie informacyi co do stosunków majątkowych i osobistych p. N. R., rzekomo właściciela Zakładu ortopedycznego we Lwowie.

4) Zaopiniowano wnioski kredytowe dla Galic. Zakł. kredytowego, miejsk. Zakł. kredytowego i Centrali dla odbudowy kraju.

5) Odczytano pismo Dr K., lekarza pułkowego, w którem

tenże prosi o oznaczenie wysokości honoraryum, należącego się mu od pewnego prywatnego pacyenta. Uchwalono zażądać bliższych wyjaśnień.

XII. Posiedzenie Wydziału Izby z 16 sierpnia 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Mikołajski, Zion. Usprawiedliwił nieobecność Dr Schellenberg.

1) Prezydent wita członka Wydziału Dr Ziona, który powróciwszy z niewoli rosyjskiej jako zakładnik miasta Lwowa pierwszy raz po 2 latach jawił się na posiedzeniu Wydziału. Dr Zion dziękuje za współczucie, okazane mu przez Wydział podczas jego pobytu w Rosyi i za kroki, podjęte przez Wydział Izby celem jego uwolnienia.

2) Prezydent przedkłada sprawozdanie z odbytego w dniu 7/VII 1917 posiedzenia prezydentów Izb w Wiedniu, a mianowicie, że obrady toczyły się w następujących sprawach:

a) W sprawie utworzenia Ministeryum spraw zdrowotnych uchwalono, by projekt ustawy przed uchwaleniem dano Izbom do rozpatrzenia, następnie, aby na czele tego Ministerstwa, które nie powinno mieć charakteru politycznego, stał lekarz; w końcu aby zażądać zmiany ustawy sanitarnej z r. 1870.

b) Poruszono sprawę zażaleń lekarzy, powołanych obecnie do wojska. Memoryał w tej sprawie ma być wniesiony do Ministerstwa.

c) Omawiano pismo Prezydyum Czerwonego Krzyża w sprawie udogodnień dla inwalidów wojskowych w zakładach kąpielowych. Wedle tego pisma mieliby lekarze kąpielowi zobowiązać się leczyć inwalidów wojskowych przez pierwszych 6 tygodni za ogólną opłatą 12 kor., zaś za każdy następny tydzień za opłatą po 4 kor. od jednej osoby. Ta sprawa ma jeszcze raz przyjść pod obrady zjazdu prezydentów Izb.

3) Prezydent podaje do wiadomości o założyć się mającym Zwiazku lekarzy austryackich (Waffenbrüderliche Vereinigung). Związek ma mieć na celu społeczne i naukowe interesa lekarzy z wykluczeniem spraw politycznych i narodowych.

4) Izba lek. w Salzburgu przesyła okólnik do lekarzy w sprawie wydawania orzeczeń lekarskich prywatnym Towarzystwom ubezpieczeń.

5) Prezydent odczytuje pismo Wydziału wykonawczego Izb w sprawie przydziału spirytusu denaturowanego lekarzom. Wydział wykon. poczynił w tym względzie starania w Ministerstwie spraw wewn., a celem ustalenia potrzebnej ilości spirytusu prosi Wydział wykon. o podanie ilości spirytusu na lekarza i na rok. Uchwalono zażądać 1 litr miesięcznie na każdego lekarza. Przy tej sposobności poruszył Dr Mikołajski także sprawę zapotrzebowania dla lekarzy alkoholu czystego do dezynfekcyi rąk, pola operacyjnego, strzykawek, narzędzi lek. etc. Uchwalono uprosić Prezydenta, ażeby poinformował się, dokąd w tej sprawie udać się należy.

6) Uchwalono zakupić 20 losów po 1 kor. na cele dobroczynnej loteryi obrazów.

7) Odczytano pismo Izby adwokatów, która prosi o udział w uczczeniu działalności społecznej wiceprez. m. Lwowa Dr. Schleichera przez ofiarowanie mu odpowiedniego albumu i adresu.

8) Na zapytanie Dr K., lekarza pułkowego, co do wysokości honoraryum w oznaczonym bliżej wypadku uchwalono odpisać, że wobec ogólnego podwyższenia cen honoraryum, jakie lekarz miałby żądać za wyjazd do zamożnego chorego na oddalenie 6 kilometrów przy stracię czasu $2^1/_2$ godzin powinno wynosić co najmniej 25 kor., — a za taki sam wyjazd na naradę z innym sprowadzonym lekarzem 40 kor., — przyczem honoraryum lekarza wojskowego nie powinno być niższe od honoraryum lekarza cywilnego.

9) Załatwiono i zaopiniowano szereg wniosków kredytowych dla Galic. Zakł. kredytowego, Miejsk. Zakł. kredyt. i Centrali dla odbudowy kraju.

† Dr Stanisław Skobel.

Dnia 22. listopada b. r. złożone zostały na cmentarzu krakowskim zwłoki ś. p. Dr Stanisława Skobla, zmarłego w Krakowie w 74. roku życia na udar sercowy. Urodzony w Krakowie z ojca Fryderyka, profesora i rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego i z matki Florentyny z Korczyńskich, odebrał w domu rodzicielskim nader staranne wychowanie w duchu narodowym i rdzennie polskim. Po ukończeniu szkół średnich i Uniwersytetu Jagiellońskiego i uzyskaniu stopnia doktora wszech nauk lekarskich kształcił się dalej zawodowo w Wiedniu, gdzie przez dwa lata pracował jako lekarz koasystent na klinice chorób skórnych i wenerycznych prof. Hebry. Po powrocie do kraju pełnił przez cztery lata obowiązki sekundaryusza w szpitalu św. Łazarza na oddziale chorób skórnych i wenerycznych pod kierunkiem prof. Zarewicza, a następnie przez dalsze cztery lata obowiązki asystenta na klinice prof. Rosnera, zyskując sumienną i gruntowną pracą pełne uznanie tak u przełożonych i współkolegów, jak i uczniów uniwersyteckich. Tę samą sumienność zawodową zachował w ciągu swej całej blizko 50-letniej pracy zawodowej, co też stanowi jeden z głównych rysów jego charakteru.

Ś. p. Dr Skobel, z natury bardzo skromny, nie ubiegał się o zaszczyty. W zakresie swej specyalności stał zawsze na wysokości nauki, a i inne gałęzie medycyny nie były mu obojętne. Można się o tem było niejednokrotnie przekonać, skoro w rozmowie najnowsze zagadnienia z dziedziny medycyny były poruszane.

Ś. p. Dr Skobel umiłował całem sercem swój gród rodzinny i swą mowę ojczystą. Wychowany w środowisku na wskróś polskiem i narodowem, podobnie jak ś. p. jego Ojciec i jak przyjaciel rodziców prof. Józef Majer, przestrzegał z całą ścisłością czystości języka polskiego. Dowodzi tego zapis, jaki uczynił dla Akademii Umiejętności w Krakowie, przeznaczając odsetki od 20.000 koron na prace naukowe w zakresie badania i podtrzymywania czystości języka polskiego. Chcąc złożyć hołd ś. p. Ojcu swemu, niezapomnianemu szermierzowi tej idei, ustanowił fundacyę ową pod imieniem Ojca swego. Mniejsze zapisy poczynił dla Macierzy polskiej w Cieszynie (2000 kor.) i pomocy naukowej w Cieszynie (1000 kor.). Nie zapomniał też o losie wdów i sierot po zmarłych lekarzach, przekazując dla nich kwotę 20.000 koron na ręce Towarzystwa lekarskiego w Krakowie, której odsetki przez Towarzystwo lekarskie mają być rozdzielane potrzebującym. Z innych zapisów należy wspomnieć o 1000 K dla Przytuliska Weteranów z r. 1863 w Krakowie, o 1000 K dla Zakładu wychowawczego w Pawlikowicach i o 2000 K dla Zakładu sierot F. Żurowskiej.

Cichy i skromny pracownik, a o kryształowym charakterze człowiek ustąpił z tego świata. Sprawiedliwy odszedł po sprawiedliwą nagrodę. A. K.

---

† Dr Kazimierz Krzysztoń.

W pełni lat męzkich zgasł nagle wśród zwodniczego polepszenia zdrowia jeden z tych, których praca nadmierna dla umiłowanych celów strawia i spala, jakby płomień ofiarny na ołtarzu idei.

Wrażliwy na cudzą krzywdę przylgnął Kazimierz Krzysztoń już w czasie studyów uniwersyteckich do ruchu społecznego pod sztandarem socyalistycznym, służąc mu i potem z całym zapałem i wiarą młodości. Równocześnie jednak pracował gorliwie jako lekarz Kasy chorych i asystent Szkoły położnych pod kierunkiem ś. p. prof. Dobrowolskiego. Zdolny, bystry i sumienny, rokował w zawodzie lekarskim piękną przyszłość.

Po wybuchu wojny powołany do szeregów, wrócił z nich z zaszczytnem za pracę lekarską odznaczeniem, ale z zupełnie już steranemi siłami. Złudna poprawa pozwoliła mu wprawdzie

jeszcze powrócić do pracy w Kasie chorych i w szpitalu, oraz w Zarządzie stronnictwa socyalistycznego, ale tylko na krótko; zgasł 25. XI. w 35. roku życia.

Koledzy szanowali jego prawy i silny charakter i szczerą służbę ideałowi. r.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 28. XI. posiedzenie, na którem prezes wygłosił przemówienie z powodu 50. rocznicy założenia Towarzystwa lekarzy galicyjskich, poczem zawiadomił o legacie ś. p. Dr Skobla i poświęcił wspomnienie ś. p. Dr Krzysztoniowi. Postanowiono w samą rocznicę założenia wysłać depesze do Towarzystwa lekarzy galicyjskich i do Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Po uchwaleniu wniosków w sprawie ministerstwa zdrowia i walki z gruźlicą odbył się wykład Dr Dębińskiego z Warszawy o stwardnieniu płuc. W dyskusyi przemawiali Dr Buzdygan, prof. Gliński i prof. Latkowski.

— Zmarły w Krakowie ś. p. Dr Stanisław Skobel zapisał bibliotekę po swym ojcu, profesorze Wydziału lekarskiego, wzbogaconą własnymi zbiorami, Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu.

— W dziennikach ogłoszono kilka szczegółów o trzech nowych posterunkach sanitarnych Sekcyi sanitarnej Komitetu Książęco-Biskupiego. Są to dwa schroniska dla dzieci gruźliczych w Zakopanem oraz schronisko dla dzieci chorych na jaglicę w Oświęcimiu. Schroniska w Zakopanem mieszczą 110 dzieci; kieruje niemi klinika pedyatryczna Uniwersytetu Jagiellońskiego, a co tydzień dojeżdża do schronisk jeden z lekarzy, Dr Bujak, Dr Dadej lub Dr Konwerski; działem chirurgicznym zajmuje się czasowo prof. Dr Herman ze Lwowa, obecnie przebywający w Zakopanem; z ramienia K. B. K. zajmuje się schroniskami prof. Dr E. Godlewski. Schronisko w Oświęcimiu mieści 225 dzieci z Galicyi i z Królestwa; konsulentem jest prof. Dr Majewski z Krakowa, lekarką miejscową Dr Wisłocka; z ramienia Sekcyi sanitarnej K. B. K. opiekuje się schroniskiem prof. Dr Nitsch. Komitet Książęco-Biskupi zwrócił się do Wiednia o subwencyę dla schronisk w Zakopanem; podanie to zwrócono pod pozorem nie spełnienia formalności (!).

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej 1) zawiadamia wszystkich lekarzy przynależnych (także odbywających służbę wojskową), a zwłaszcza lekarzy, którzy wykonywali lub wykonują praktykę lekarską w powiatach świeżo z pod inwazyi uwolnionych, a którzy wskutek wypadków wojennych ponieśli szkody, aby wnosili za pośrednictwem Izby podania do Galicyjskiego Zakładu kredytowego we Lwowie, lub Miejskiego Zakładu kredytowego wojennego w Krakowie, o ile dotychczas tego nie uczynili; 2) wzywa zaś tych lekarzy, którzy podania wyżej wymienione już wnieśli, aby do wiadomości Izby podali, w jaki sposób podanie ich zostało załatwione. — We Lwowie, dnia 17. listopada 1917. — Prezydent: Dr Papée.

— Izba lekarska wschodnio-galicyjska podaje do wiadomości lekarzy, że otrzymała następujące pismo z c. k. Namiestnictwa: »Reskryptem z dnia 19. października 1917 L. 64239 zapowiedziało c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych w czasie od 5. listopada do 3. grudnia b. r. subskrypcyę VII. pożyczki, wojennej. Nietylko ze względu na patryotyczny cel pożyczki, lecz i dla daleko idących korzyści finansowych, które stają się udziałem subskrybentów, c. k. Namiestnictwo uprasza Izbę o rozwinięcie ze swej strony skutecznej akcyi celem zachęcenia swoich członków, aby nietylko spełniając patryotyczny obowiązek, lecz korzystając ze sposobności nader korzystnej lokacyi płynnej gotówki, subskrybowali wydatnie wyłożyć się mającą pożyczkę wojenną. Uprasza się również o udzielenie swej pomocy i poparcia Władzom politycznym. C. k. Namiestnik«.

Warszawa. Dziekanem Wydziału lekarskiego został wybrany prof. Dr Władysław Mazurkiewicz. — Prof. Dr Brudziński odmówił przyjęcia wyboru na rektora; rektorem wybrano prof. Dr Antoniego Kostaneckiego z Wydziału prawa.

Z różnych stron. Dopiero teraz otrzymaliśmy czerwcowy (5 i 6) zeszyt »Polskiego Miesięcznika lekarskiego«, wydawanego w Kijowie. Zeszyt ten, wydany jako podwójny, poświęcony jest pamięci Władysława Biegańskiego i ozdobiony doskonałym wizerunkiem znakomitego lekarza-filozofa, a oprócz zwykłej treści zawiera prześliczny życiorys i charakterystykę naukową Biegańskiego (pióra Karola Rozenfelda z Częstochowy), dalej charakterystykę społeczno-zawodowej działalności Biegańskiego (pióra Putermana z Sosnowca), oraz rozprawę doc. Szumowskiego o polskiej szkole filozoficzno-medycznej, której Biegański najznakomitszym był przedstawicielem. Sprawozdawczy dział tego zeszytu »Miesięcznika« jest, jak zwykle, bogaty, natomiast z kroniki nie dowiadujemy się o życiu lekarskiem polskiem po tamtej stronie pola walk prawie nic, prócz faktu, że na Wyższych Kursach naukowych polskich w Kijowie miał wykładać także prof. Talko-Hryncewicz (antropologię). Dzienniki doniosły przed paru dniami, że właśnie prof. Talko-Hryncewicz otworzył Wyższe Kursa wykładem inauguracyjnym. Zresztą zaś dziś z niepokojem można tylko odgadywać, co się dzieje w Kijowie z lekarzami naszymi i całą kolonią polską.

Redakcya otrzymała: Franke: 1) Beiträge zur Nephritisfrage. (D. Archiv f. kl. Med. T. 122). 2) Oedemkrankheit — eine analbuminurische Nephropathie. (Wiener kl. Woch. 1917).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w listopadzie 1917.

Gazeta lekarska Nr 44—47.: Horodyński: Dwa przypadki raka rogowatego skóry na tle zapalenia przewlekłego (44). — Karwacki: Cierpienie opon mózgowych w przebiegu tyfusu plamistego (46—46). — Popiel: Rzucawka porodowa, a wojna obecna (46). — K. Zieliński: O stosowaniu płynu mózgowordzeniowego w leczeniu tyfusu wysypkowego (47).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 45—47.: Ś. p. J. Majkowski (45). — Orłowski: Prądy objektywizmu w psychologii nowoczesnej (45—47). — Biehlerowa: W sprawie szczepień przeciwpłoniczych (46). — Puławski: Epidemia płonicy w r. 1915—1916 (47).

Zdrowie Z. 10.: Bier: Mąka i chleb wojenny. — Heiman: Jak zapobiedz głuchocie.

Polski Miesięcznik lekarski (Kijów). Z. 5 i 6 (Maj—Czerwiec): Rozenfeld: Biegański i jego działalność naukowolekarską. — Puterman: Biegański i jego działalność zawodowospołeczna. — Pański: Kilka uwag w kwestyi leczenia uszkodzeń czaszki z punktu widzenia neuropatologicznego. — Szumowski: Parę słów o polskiej szkole filozoficznomedycznej.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 5. grudnia** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Doc. Dr Zubrzycki: Odczyny serologiczne przy raku. 2) Dr Kostrzewski: W sprawie odczynu Wassermanna. 3) Dyskusya.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmuja w Krakowi Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 8. grudnia 1917. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z c. k. szpitala polowego.
(Komendant: Dr Steinmetz, lekarz pułkowy).

O gorączce wołyńskiej

podał

Dr Tadeusz Tempka,
starszy lekarz.

(Ciąg dalszy).

Opisane powyżej okresowe, napadowe występowanie gorączki wraz z szeregiem objawów, które równolegle do niej to wzmagają się, to słabną, jest typową zasadniczą postacią gorączki wołyńskiej. Już tutaj widzieliśmy jednak pewne drobne zboczenia od klasycznego obrazu, tak n. p. okres bezgorączkowy skracał się do dni trzech lub przedłużał do tygodnia, czasem bywał on wypełniony podgorączkowemi wzniesieniami, niekiedy zaś zamiast gorączki występował równoważnik napadu w postaci bólów. Są to przejścia do tych postaci gorączki wołyńskiej, gdzie typ napadowy coraz bardziej traci na swej wyrazistości, aż wreszcie jest tylko ledwie zaznaczony.

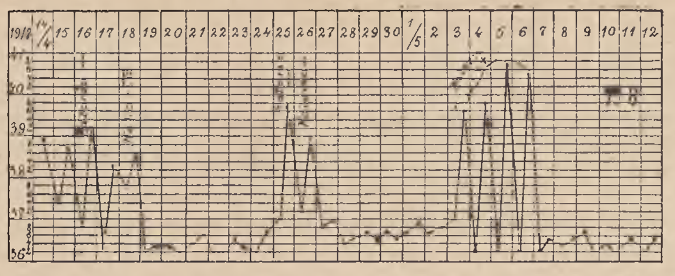
Każdemu lekarzowi, pracującemu w pierwszej linii, lub w szpitalach, leżących bliżej linii bojowej, znany jest cały szereg przypadków, występujących zwłaszcza w miesiącach zimowych i na wiosnę, gdzie chorzy okazują wzniesienia gorączkowe, na pierwszy przynajmniej rzut oka zupełnie nieregularne, skarżą się na rozmaite dolegliwości, jak ogólne osłabienie, bóle głowy, łamanie w członkach, zwłaszcza silne i nader uporczywe darcie w kościach goleni, gdzie jednak badanie kliniczne, oprócz, co najwyżej, powiększenia śledziony, nie wykrywa żadnych zmian. Te postacie chorobowe sprawiają wielkie trudności rozpoznawcze, czego najlepszym dowodem najrozmaitsze nazwy, jakie się spotyka na ich oznaczenie: n. p. grypa, »gorączkowy reumatyzm«, zapalenie okostnej piszczeli. Wyrazem tego zamieszania jest także szereg artykułów, gdzie pod rozmaitemi nazwami i z różnego punktu widzenia jest omawiany właściwie jeden i ten sam obraz chorobowy. Tak n. p. Kraus i Citron [16]) opisują cierpienie, którego najważniejszymi objawami są: wzniesienia gorączkowe (do 38·5° C.), przedewszystkiem jednak nadzwyczaj silne bóle kości goleni. rzadziej uda, lub przedramienia; bóle wzmagają się nader silnie w nocy, kości są przy ucisku bardzo bolesne, a rentgenizacya wykazuje zgrubienia okostnej i rozrzedzenie tkanki kostnej. Kraus i Citron, przyjmując jakieś podłoże zakaźne, określają to cierpienie bardzo ostrożnie, jako »eigenartige Form von Ostitis bei Kriegsteilnehmern«. Także Grätzer [17]) przedstawia jako »eine Erkrankung des Schützengrabens« przypadki, gdzie obok gorączki i obrzęku śledziony na pierwszy plan wybijają się gwałtowne bóle kości goleni, trwające szereg tygodni; także i on przyjmuje za przyczynę jakieś zakażenie. Sittmann [18]), przytaczając tego samego rodzaju obrazy chorobowe, uważa za ich przyczynę przemoczenie i przeziębienie, zaznaczając równocześnie, że nie jestto jakiś jednolity stan chorobowy, lecz zbiór objawów, towarzyszący rozmaitym sprawom zakaźnym, jak dur brzuszny, osutkowy, paratyfus i t. d.

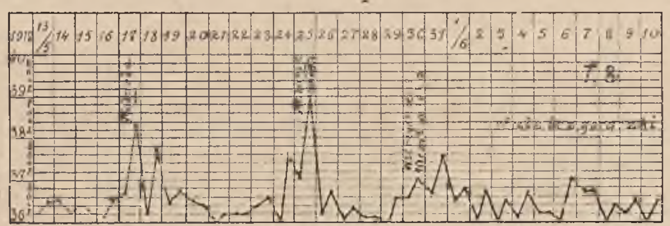
Prawdopodobnie przytoczone powyżej obrazy chorobowe są w pewnej części właśnie temi nietypowemi postaciami gorączki wołyńskiej, o których mam zamiar teraz mówić.

Cały szereg autorów podnosił, że gorączka wołyńska obok swojej postaci klasycznej może występować także w innych, mniej charakterystycznych. Thörner [10]) widział przypadki, gdzie przeważał typ trzeciaczki (tertiana), który potem przechodził w piątaczkę, przyczem obraz krwi odpowiadał w zupełności gorączce wołyńskiej; Sachs [8]) twierdzi, że atypowy przebieg gorączki wołyńskiej jest częstszy, niż typowy; Schwinge [7]) zaś podnosi, że mamy tutaj cały szereg przejść od gorączki jednodniowej do ciągłej, od ciągłej do przerywanej, i wreszcie zupełnie nieregularnych wzniesień gorączkowych, przegradzanych dniami, wolnymi od gorączki.

Za znaczny krok naprzód uważam wystąpienie Jungmanna i Kuczyńskiego [4]), którzy pierwsi (o ile mogę wnosić z dostępnej mi w polu literatury) rozdzielili typowe postacie gorączki wołyńskiej od mniej typowych i wykazali ich przynależność do siebie na podstawie wspólnych obrazów klinicznych, epidemiologii, i, o ile wyniki ich badań zyskają potwierdzenie, wspólnej przyczyny. Autorowie ci rozróżniają 3 postacie gorączki wołyńskiej, podział, według moich spostrzeżeń, szczęśliwie dobrany. Pierwszą postacią jest opisana już powyżej postać napadowa (paroxysmale Form), cechująca się okresowemi wzniesieniami gorączki, które dają charakterystyczną krzywą (krzywe Nr 1, 2, 4, 5, 6, 7); druga postać, durowata (typhoide Form), okazuje już znaczne zboczenia od przebiegu gorączki postaci pierwszej; może ona występować w obu odmianach Pierwsza odmiana postaci durowatej ma jeszcze pewne podobieństwo do postaci napadowej. Widzimy tutaj albo, jak typowe napady przechodzą zwolna w gorączkę zwalniającą lub przepuszczającą (zob. krzywą Nr 10), albo też, jak ciepłota po kilkudniowej gorączce ciągłej lub zwalniającej spada do poziomu prawidłowego, a po paru dniach powraca jedno lub więcej okresowych wzniesień gorączki, jak w postaci napadowej (krzywa Nr 11). Zamiast poszczególnych napadów mogą występować kilkudniowe słabsze wzniesienia ciepłoty, które są przejściem do drugiej odmiany postaci durowatej, gdzie gorączka, dochodząc rozmaitej wysokości (nawet 39° C. i wyżej), przebiega szereg tygodni w sposób nieregularny, przybierając cechy gorączki septycznej (krzywa Nr 12); czasem można się i tutaj dopatrzeć pewnej okresowości. Trzecia postać, poronna (rudimentäre Form), odznacza się podgorączkowemi wzniesieniami, ciągnącemi się przez całe tygodnie, które bardzo często są przedzielone szeregiem dni bezgorączkowych, tak, że i one

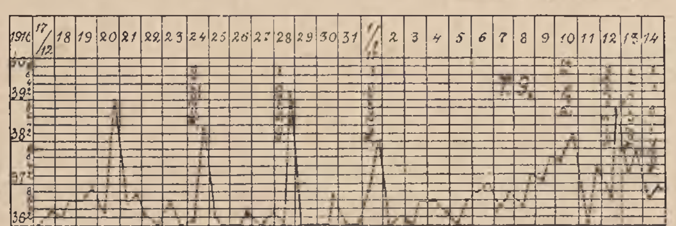
Krzywa Nr 8. Sch. (Spostrzeżenie własne).

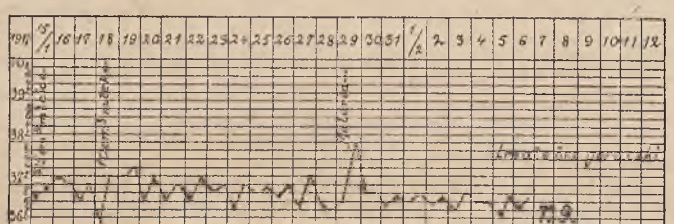




Napadowa forma z początkowym okresem o cechach gorączki septycznej. 3. V. i przez następne dni napady zimnicy (tertiana duplex). 6. V. początek leczenia chininą: ustanie napadów zimnicy, natomiast wystąpienie typowych napadów gorączki wołyńskiej; po wstrzyknięciu mleka (10 cm³) ciepłota prawidłowa.

Krzywa Nr 9. H. (Spostrzeżenie własne).





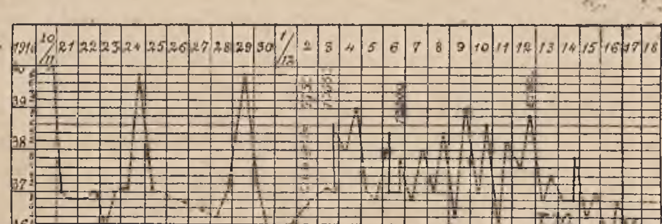
Typowa postać napadowa. W 24 godzin po wstrzyknięciu 5 cm³ mleka wystąpiły we krwi pasorzyty zimnicze; po dalszych wstrzyknięciach nie można ich było wykazać (chinina!), natomiast napady gorączki wołyńskiej ustąpiły w zupełności.

Obraz krwi 5. I.: neutrof. 60%, limfocyt. 36%, eozynof. 1%, monocyt. 3%.

Obraz krwi 10. I. (napad): neutrof. 83%, limfocyt. 9%, monocyt. 8%, eozynof. 0%.

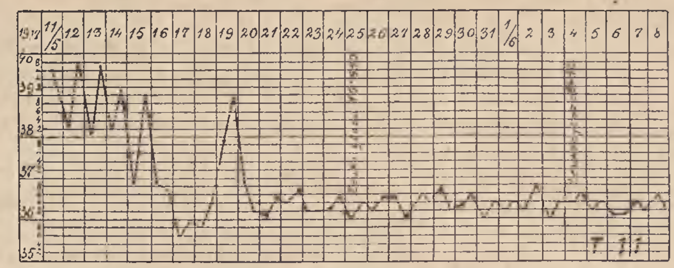
29. I. wzniesienie ciepłoty do 38° C. bez jakichkolwiek innych objawów (pasorzyty zimnicze —): nawrót.

Krzywa Nr 10. (wzięta z pracy Jungmanna i Kuczyńskiego[4]).



Przejście postaci napadowej w septyczną.

Krzywa Nr 11. T. (Spostrzeżenie własne).



Przejście postaci septycznej w napadową.

Obraz krwi 23. V.: neutrof. 48%. limfoc. 23%, monocytów 26%, eozynof. 4%.

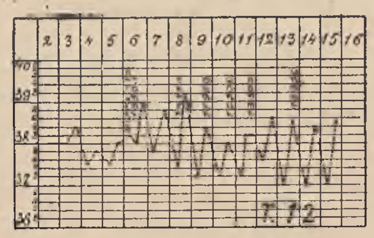
Obraz krwi 4. VI.: neutrof. 49%, limfocyt. 41%, monocyt. 6%, eozynof. 4%.

23. V.: Widal 1:100 +, 1:200 ślad (szczepiony przeciw durowi przed miesiącem); hodowla duru, paratyfusu A i B, ze krwi, stolca i moczu ujemna.

Odczyn Weila ujemny.

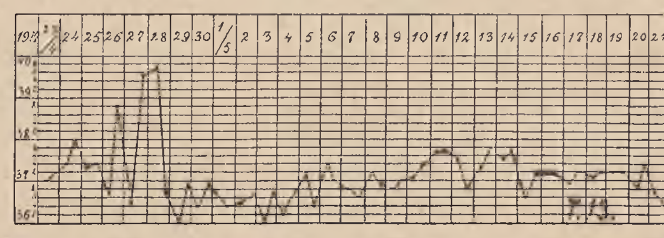
2. VI.: Widal 1:100 +, 1:200 ślad; hodowla tyfusu, paratyfusu A i B ze krwi, stolca i moczu ujemna; odczyn Weila ujemny.

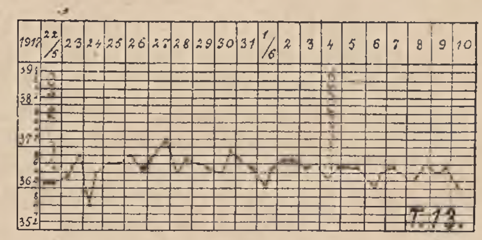
Krzywa Nr 12. (wzięta z pracy Jungmanna i Kuczyńskiego[4]).



Postać septyczna.

Krzywa Nr 13. V. (Spostrzeżenie własne).





Postać poronna z początkowym okresem napadowym.

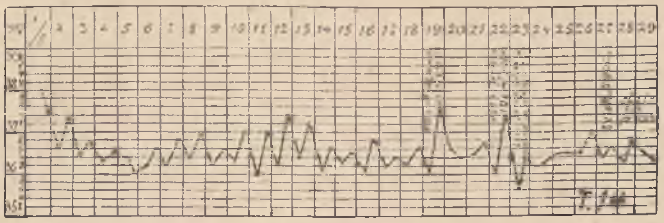
Obraz krwi 22. V.: neutrof. 60%, limfocyt. 19%, monocyt. 15%, eozynof. 6%.

Obraz krwi 4. VI.: neutrof. 39%, limfocyt. 42%, monocyt. 15%, eozynof. 4%.

22. V.: Widal 1:200 +, 1:400 ślad (szczepiony przeciw durowi przed miesiącem); hodowla tyfusu, paratyfusu A i B ze krwi, stolca i moczu ujemną, Weil —.

2. VI.: Widal 1:100 +, 1:200 ślad, hodowla duru, paratyfusu A i B ujemna.

Krzywa Nr 14. R. (Spostrzeżenie własne).



6. VI. leukocytoza: 10.700.

Obraz krwi 14. V.: neutrof. 47%, limfocyt. 31%, monocyt. 18%, eozynof. 3%, bazof. 1%.

Obraz krwi 27. V.: neutrof. 50%, limfoc. 20%, monocyt. 11%, eozynof. 18%!!, bazof. 1%.

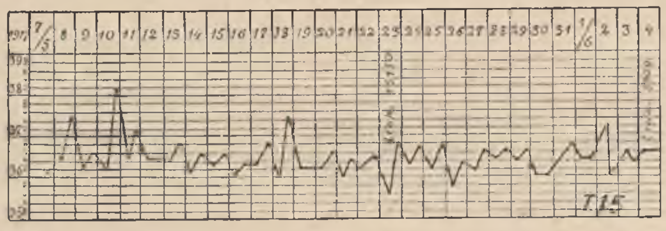
Obraz krwi 6. VI.: neutrof. 68%, limfoc. 24%, monocyt. 7%, eozynof. 1%.

Kilkakrotne badania stolca na jaja czerwiów, których obecność mogłaby wytłómaczyć tak silną eozynofilię, dawały stale wynik ujemny.

26. V.: Widal 1:25 +, 1:50 ślad; hodowla tyfusu, paratyfusu A i B ze krwi, stolca i moczu ujemna.

6. VI.: Widal 1:50 +, 1:100 ślad (szczepiony przed miesiącem); hodowla tyfusu, paratyfusu A i B ujemna.

Krzywa Nr 15. K. (Spostrzeżenie własne).



Postać poronna.

Obraz krwi 23. V.: neutrof. 71%, limfocyt. 11%, monocyt. 12%, eozynof. 5%, bazof. 1%.

Obraz krwi 4. VI.: neutr. 48%, limfocyt. 21%, monocyt. 12%, eozynof. 17%!!, bazof. 2%.

Kilkakrotne badanie stolca nie wykazało jaj czerwiów.

23. V.: Widal 1:100 +, 1:200 ślad (szczepiony przed paru tygodniami); hodowla duru, paratyfusu A i B ze krwi, stolca i moczu ujemna; Weil ujemny.

4. VI.: Widal 1:50 +, 1:100 ślad; hodowla tyfusu, paratyfusu A i B ujemna.

okazują niekiedy okresowość (krzywa 13, 14, 15). Śledząc napadową postać gorączki wołyńskiej, mamy nieraz sposobność zauważyć, jak napady coraz bardziej słabną i przechodzą wreszcie w taką postać poronną; należy przypuścić, że większość przypadków o cechach postaci poronnej ma taki napadowy, początkowy okres, trwający jednak bardzo krótko, tak, że chorzy już po jego przebyciu dostają się pod obserwacyę lekarską (krzywa Nr 3, 13).

Za przynależnością do siebie tych trzech, na pozór odmiennych postaci chorobowych, przemawiają następujące względy: 1) Jeden i ten sam przypadek gorączki wołyńskiej może przybierać w swym przebiegu te rozmaite 3 postacie (krzywe 3, 10, 11, 13). 2) Wspólność objawów: charakterystyczne bóle okostno-kostno-mięśniowe, uczucie ogólnego osłabienia, bardzo częste powiększenie śledziony, okresowe wzmaganie się, względnie słabnięcie tych objawów, zależnie od fali ciepłoty, spotykamy zarówno w postaci napadowej, jak durowatej i poronnej. 3) Jednolity obraz krwi: podobnie, jak w postaci napadowej, spotykamy wahania w obrazie krwinek białych także i w tych dwu innych postaciach, jakkolwiek nie w tak wybitnym stopniu. 4) Wspólna epidemiologia i etyologia, wykazana przez Jungmanna[4]), o czem niżej będę mówić.

Okresowy charakter gorączki wołyńskiej, zwłaszcza jej podobieństwo do duru powrotnego, pozwalało przypuszczać, że zarazek tej choroby należy do pierwotniaków, prawdopodobnie krętków. Do dzisiejszego dnia sprawa ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta, a spostrzeżenia najrozmaitszych badaczy nie dają jednolitego wyniku. Obecnie możemy odróżniać dwa przeciwne zapatrywania, z których jedno przyprzypuszcza, że drobnoustrojami, wywołującymi tę chorobę, są krętki, drugie zaś, że laseczniki, względnie twory zbliżone do tej formy. Werner widział raz we krwi chorego na gorączkę wołyńską twór, podobny do krętka, jednak ze względu na to zupełnie odosobnione spostrzeżenie, sam wyraża wątpliwość, czy między tym tworem, a omawianą tu chorobą zachodzi jakiś związek przyczynowy. Korbsch[6]) zauważył w kropli wiszącej krwi tańczenie krwinek, wywołane szybkim ruchem tworów nitkowatych, około 10 μ. długich; podobne nitki widział także w preparatach krwi barwionych sposobem Giemsy. Jaśniejszem, niż powyższe, jest spostrzeżenie Riemera[21]), który w jednym przypadku typowej gorączki wołyńskiej widział w preparacie krwi barwionym krętka, długości mniej więcej średnicy krwinki czerwonej i przez przeszczepienie krwi tego chorego na ludzką surowicę uzyskał czystą hodowlę tych krętków. Przeszczepienie śródotrzewne krwi chorego na świnki morskie nie dało dodatniego wyniku.

Daleko wyraziściej przedstawiają się wyniki badań drugiej grupy; His i Brasch opisali we krwi chorych na gorączkę wołyńską twory, przedstawiające się jako ziarenkowce lub dwoinki, częścią zaś jako laseczniki. Na uwagę zasługują w tym względzie jednak przedewszystkiem badania Jungmanna[4]) i Töpfera[20]). Jungmann spostrzegał przed i podczas napadu w świeżym preparacie krwi laseczniki długości ¼ średnicy krwinki czerwonej, wykonujące szybkie ruchy i mające kształt ciężków gimnastycznych. Twory te można widzieć i w ustalonym preparacie, zwłaszcza »grubej kropli«, ale już nieco trudniej. Po wstrzyknięciu śródotrzewnem świnkom morskim krwi, wziętej podczas napadu, można takie same laseczniki wykazać u nich we krwi obwodowej, po paru dniach także w preparatach, wziętych ze śledziony, wątroby i szpiku kostnego. Przez szczepienie śródotrzewne myszom krwi chorych na gorączkę wołyńską, wywoływał Jungmann u nich schorzenie, kończące się śmiertelnie wśród porażeń i drgawek, a we krwi obwodowej znajdował u nich znowu te same twory, co i we krwi ludzkiej.

(Dokończenie nastąpi).

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

Zmiany anatomo-patologiczne w paratyfusie B.

Podał

Prof. Dr Witold Nowicki,

kierownik pracowni.

(Ciąg dalszy).

IV. W przypadku tym, dotyczącym dwudziestoletniego żołnierza, pochodzącym z tutejszego szpitala garnizonowego, nie robiliśmy sami sekcyi, ani też za życia badania bakteryologicznego, względnie serologicznego. Również nie możemy podać w tym przypadku klinicznego przebiegu choroby; czas trwania jej miał być krótki, a objawy głównie ze strony przewodu pokarmowego.

Do badania otrzymaliśmy całe jelito i śledzionę. Materyał badany był około 10 godzin po śmierci, a w 2 godziny po sekcyi.

Obraz anatomiczny: W całem jelicie, głównie jednak znowu w biodrowem, błona śluzowa jest znacznie rozpulchniona i przekrwiona z punkcikowatemi i plamkowatemi wybroczynami; grudki chłonne samotne są powiększone i szarawe. Podobnie przedstawia się błona śluzowa jelita grubego, zwłaszcza w części wstępującej. W tej też części stwierdza się kilka bardzo niewielkich okrągławych ubytków, ograniczonych tylko do błony śluzowej, które nie wy-

glądają tak, jak wrzody powstałe z rozpadu grudek chłonnych samotnych. Błona śluzowa jelita biodrowego pokryta jest treścią śluzową, nieco krwią zabarwioną, w jelicie grubem znajduje się treść papkowata, również nieco krwawa. Gruczoły krezkowe są średnio wielkości fasoli, różowe i dość miękkie, przypominają nieco na przekroju naciek rdzeniasty. Śledziona powiększona (12 X 7 X 4 cm), wiotka, o torebce marszczącej się; na przekroju miąższ śledziony ciemno-czerwony, nieznacznie kruchy.

Zmiany zatem stwierdzone w jelitach dotyczyły całego jelita, wybitniej jednak dolnej części biodrowego i wstępującej grubego, a przedstawiały się jako ostre zapalenie nieżytowe z wybroczynami i miernego stopnia udziałem tkanki chłonnej. Niewielkie owrzodzenia w jelicie grubem mogą odpowiadać najwięcej owrzodzeniom nieżytowym. Śledziona wielkością swą i kruchością nie odpowiadała śledzionie durowej.

Badanie drobnowidowe treści jelita cienkiego i grubego wykazało nieliczne ciałka ropne, jądra nielicznych rozpadłych nabłonków, liczne ziarenkowce i laseczniki. Bakteryologiczne badanie wykazało w treści jelita i w miąższu śledziony laseczniki paratyfusu B.

V. Przypadek ten dotyczył jeńca rosyjskiego, leczonego w tutejszym szpitalu garnizonowym, u którego za życia przeprowadzone badanie bakteryologiczne stolca wykazało lasecznika paratyfusu B., a badanie krwi co do odczynu Gruber-Widala w kierunku paratyfusu B dało wynik dodatni. Według udzielonej nam wiadomości kliniczne objawy w tym przypadku wahały się między durem brzusznym a czerwonką, a przebieg choroby miał być bardzo ciężki. Ciepłota dochodziła do 39° C. Różyczki nie zauważono. Śmierć nastąpiła w 3. tygodniu choroby. I w tym przypadku nie robiłem sam sekcyi, tylko otrzymałem do badania same jelita. Materyał badany był mniej więcej w 12 godzin po śmierci, a około 3 godziny po sekcyi.

Obraz anatomiczny. Błona śluzowa jelita, głównie biodrowego i całego jelita grubego była rozpulchniona, bardzo silnie przekrwiona i z licznemi ciemnoczerwonemi punkcikowatemi wybroczynami i wylewami krwawymi w jelicie biodrowem i grubem. Na błonie śluzowej jelita grubego, głównie w jego części poprzecznej i zstępującej, znajdują się skąpe brudnożółtawe naloty włóknikowe, dające się łatwo ściągnąć, pod nalotami tymi błona śluzowa nie okazuje żadnych widocznych ubytków. Grudki chłonne samotne, jakoteż kępki Peyera w jelicie biodrowem są nieco powiększone i szaroczerwone i dobrze odcinają się na silnie przekrwionem tle błony śluzowej. Skąpa treść jelita jest półpłynna i krwawa. Gruczoły krezkowe, leżące tuż przy jelitach, są wielkości dużej fasoli, przekrwione i dość miękkie, nie sprawiają jednak na przekroju wrażenia nacieku rdzeniastego durowego. Śledziony nie otrzymaliśmy do badania.

W przypadku tym zatem obraz anatomiczny jelita odpowiadał ostremu zapaleniu nieżytowemu o charakterze krwotocznym z miernego stopnia udziałem tkanki chłonnej, w jelicie zaś grubem zapaleniu włóknikowemu (colitis pseudomembranacea crouposa). Gruczoły krezkowe przedstawiały obraz ostrego zapalenia.

Badanie drobnowidowe treści jelita wykazało dość liczne leukocyty, ciałka czerwone, dość liczne drobnoustroje, przeważnie laseczniki.

Badanie bakteryologiczne nalotów włóknikowych wykazało obecność lasecznika paratyfusu B.

VI. Przypadek ten dotyczył 20 letniego mężczyzny, który zgłosił się do tutejszego szpitala powszechnego miejskiego z objawami ze strony przewodu pokarmowego pod postacią oddawania dziennie około 20 płynnych, nieco śluzowych i krwawych stolców, oraz lekkich bolów brzucha. Z innych objawów brak łaknienia, bóle głowy i ogólne osłabienie. Ciepłota 38°—39° C. Różyczki nie zauważono. Po dwutygodniowym pobycie w szpitalu, a w trzecim tygodniu choroby, na własne żądanie opuścił szpital w stanie nieco lepszym. Mniej więcej w tydzień później przywieziono go znowu do szpitala w stanie nieprzytomnym. Sinica. Tętno 164. Ciepłota 39° C. Brzuch wzdęty. Śledziona niemacalna. Częste oddawanie płynnego stolca. Różyczki niema. Po jednodniowym pobycie w szpitalu nastąpiła śmierć w 5. tygodniu choroby. Bakteryologicznego ani serologicznego badania za życia nie wykonano. Sekcyę wykonałem mniej więcej w 8 godzin po śmierci.

Obraz anatomiczny: U osobnika nader licho odżywionego narządy miąższowe, szczególnie nerki i mięsień sercowy, okazują zwyrodnienie miąższowe. Płuca silnie przekrwione i obrzękłe. Na opłucnej nieliczne wybroczyny. Żołądek o błonie śluzowej gładkiej, szarawej, w dnie przekrwionej. Błona śluzowa całego jelita cienkiego i grubego przekrwiona i głównie w dolnej części jelita biodrowego i w jelicie grubem rozpulchniona i z nielicznemi punkcikowatemi i plamkowatemi wybroczynami. Grudki chłonne samotne i kępki Peyera, szczególnie w pobliżu zastawki Bauhina, są szarawo zabarwione i nieco tylko powiększone, bez nacieku rdzeniastego durowego. Około 30 cm. od zastawki Bauhina naprzeciw przyczepu krezki znajduje się wrzód mniejwięcej okrągły, nieco mniejszy od halerza, o brzegach płaskich, niepodminowanych, o dnie gładkiem, czystem, utworzonem przez warstwę mięsną jelita. W jelicie cienkiem skąpa półpłynna żółtawa treść; podobna, tylko więcej papkowata, znajduje się w jelicie grubem. Gruczoły krezkowe wielkości małej fasolki, bladoróżowe, bez nacieku rdzeniastego. Śledziona nieco powiększona (14 X 8 X 6 cm.), na przekroju ciemnoczerwona, gładka, miąższ jej nie jest kruchy.

W przypadku tym zmiany w jelicie cienkiem i grubem odpowiadały zapaleniu o niezbyt ostrym charakterze z nieznacznym udziałem tkanki chłonnej. Jedyny wrzód w dolnej części jelita biodrowego przedstawiał się jak durowy wrzód oczyszczony już w okresie rozpoczynającego się gojenia. Śledziona przedstawiała co najwyżej obraz podostrego obrzęku, — wcale zaś nie wyglądała na obrzęk durowy.

Badanie drobnowidowe treści jelita wykazało obok bezpostaciowych mas nieliczne leukocyty oraz liczne laseczniki.

Badanie bakteryologiczne treści jelita wykazało kolonie paratyfusu B, z żółci i ze śledziony otrzymano czystą hodowlę tegoż lasecznika. Badanie krwi, wziętej ze serca, dało wynik ujemny.

Jeżeli uwzględnimy wszystkie wyżej opisane przypadki, to widzimy, że świeże zmiany zawsze znajdowały się w jelicie cienkiem, najwybitniej w biodrowem, i w grubem, przyczem okrężnica była więcej zmieniona, już to w ramieniu wstępującem, już to w dalszych odcinkach. Świeże zapalenie żołądka stwierdziliśmy w dwóch przypadkach (2 i 3) na cztery badane. Wybitne zmiany zapalne w dwunastnicy stwierdziliśmy w trzecim przypadku ze zmianami świeżemi zapalnemi także w żołądku. Z piśmiennictwa dawniejszego widzimy, że naogół spostrzegano w paratyfusie B często zapalenie jelita cienkiego i grubego; to zajęcie całego przewodu pokarmowego w paratyfusie w ostatnich czasach podkreśla Herxheimer, podnosząc, że jest ono znacznie rozleglejsze i wybitniejsze, niż w durze brzusznym. Należy jednak podnieść, że w naszych przypadkach zmiany, spostrzegane w dolnej części jelita biodrowego, prawie stale były wybitniejsze, niż w innych odcinkach jelita cienkiego i pod tym względem zgadzają się one ze spostrzeżeniami z ostatnich czasów Stephana i Korczyńskiego. Znaczniejsze zmiany paratyfusowe w dwunastnicy są niewątpliwie rzeczą rzadką, przynajmniej w dawniejszych opisach o dwunastnicy nie wspominają, z ostatnich widział je Herxheimer w dwóch przypadkach, i to głównie w części bliższej żołądka, Stephan zaś tylko w trzecim przypadku. Myśmy widzieli wybitne jednostajne zmiany w całej dwunastnicy jedynie w przypadku trzecim.

Ogólny charakter zmian anatomicznych we wszystkich naszych przypadkach odpowiadał ostremu zapaleniu nieżytowemu, i to przeważnie o mniej lub więcej krwotocznym charakterze (2, 3, 4 i 5); jedynie w przypadku piątym stwierdziliśmy świeże niewielkie naloty włóknikowe, nie usadowione specyalnie na szczycie fałdów błony śluzowej wzgl. w zagięciach jelita grubego. W przypadku tym można było przypuszczać świeżą czerwonkę, tem więcej, że i kliniczne objawy za czerwonką mogły przemawiać. Stosunkowo jeszcze najmniejsze zmiany zapalne ostre były w przypadku pierwszym i szóstym. W pierwszym znajdowało się bardzo rozległe, ciemno szaro łupkowe zabarwienie niemal całego przewodu pokarmowego, świadczące o powtarzających się zaostrzeniach zapalenia; prawdopodobnie te stare zmiany były powodem, że świeże zakażenie paratyfusem nie dało wybitniejszych zmian, mimo ciężkiego klinicznego przebiegu choroby. W przypadku szóstym znowu śmierć nastąpiła w późnym okresie choroby (piąty tydzień), o czem świadczy także zachowanie się stwierdzonego wrzodu, a więc w czasie, kiedy ustępowały już ostre zmiany w jelitach. Spostrzegane przez nas silne przekrwienie i rozpulchnienie błony śluzowej jest dość charakterystycznym objawem w paratyfusie.

Z dalszych szczegółów należy podnieść nieznaczny udział w zmianach tkanki chłonnej jelitowej. Grudki chłonne samotne nie przedstawiały obrazu nacieku rdzeniastego durowego, co najwyżej można było myśleć o takim początkowym nacieku w dwóch przypadkach, co znowu nie odpowiadałoby okresowi choroby. Powiększenie grudek chłonnych samotnych najczęściej i najwyraźniej znajdowało się w dolnym odcinku jelita biodrowego, mniej w grubem. Pod względem udziału tkanki chłonnej w zmianach jelitowych w paratyfusie spostrzeżenia nasze zgadzają się ze znaczną większością autorów, a zdanie to dotyczy tak zapalenia jelit paratyfusowego, jak i paratyfusu brzusznego. Powiększenie grudek chłonnych w naszych przypadkach należy uważać tylko za zmianę zwykłą, towarzyszącą ostremu zapaleniu jelit.

Wrzody w jelicie cienkiem stwierdziliśmy tylko jeden raz (przyp. 6). Wrzód ten, jak już zaznaczyliśmy, podobny był bardzo do oczyszczonego gojącego się wrzodu durowego tak dalece, że wobec braku poprzedniego badania bakteryologicznego nasuwało się przypuszczenie duru brzusznego. Obecność jedynego wrzodu nie wykluczała tego przypuszczenia wobec podobnych obrazów, spostrzeganych w obecnej wojnie u ochronnie szczepionych przeciw durowi brzusznemu. Zaznaczyć należy, że ani grudki chłonne samotne, ani kępki Peyera, ani też śledziona, nie odpowiadały durowi brzusznemu, nawet w 5. tygodniu choroby. Mimo to wszystko być może, że wspomniany wrzód powstał z rozpadu zmienionej kępki Peyera; zarówno usadowienie, jak i kształt i cechy jego przemawiały za tem.

W jelicie grubem nieliczne małe owrzodzenia, stwierdzone w dwóch przypadkach, odpowiadały niewątpliwie nadżerkom na tle wybroczyn (przyp. 2) i wrzodom powierzchownym, spotykanym w nieżytach (przyp. 4). Tego rodzaju powierzchowne owrzodzenia o charakterze nadżerek spostrzegali w zapaleniu jelit paratyfusowem B (gastroenteritis acuta) Matthes, Wollenweber i Dorsch, a trzeba je niewątpliwie uważać za objaw ciężkich postaci zapalenia jelit, cechujących się silnem przekrwieniem i rozpulchnieniem błony śluzowej. Niejednokrotnie też spostrzegano podbiegnięcie krwią brzegów owrzodzeń w paratyfusie. Rozległe powierzchowne zlewające się owrzodzenia, a nadto rozległe ubytki nabłonka, spostrzegał Stephan w dwóch przypadkach, z czego w jednym owrzodzenia zajmowały całe jelito grube, od zastawki Bauhina aż do zewnętrznego zwieracza odbytnicy. Niejednokrotnie niektóre wrzody jelita grubego drążyły w głąb, zajmując błonę podśluzową, a nawet dochodziły do otrzewnej, jak w drugim przypadku Stephana i Herforda. Oczywiście tego rodzaju rozległe owrzodzenia mogą naśladować zmiany, spotykane w czerwonce.

Gruczoły krezkowe w pięciu przypadkach były powiększone, na przekroju jednostajnie blade lub częściej różowe, naogół jednak ani wielkością (z wyjątkiem jednego przypadku), ani spoistością i charakterem nie odpowiadały gruczołom durowym. Wyjątek do pewnego stopnia stanowił przypadek drugi. Również śledziona stale była powiększona, nie dochodziła jednak rozmiarów śledziony durowej, z wyjątkiem może przypadku drugiego. Na przekroju w trzech przypadkach widoczne były grudki chłonne; nigdy nie spostrzegaliśmy kruchości, tak charakterystycznej dla śledzion durowych.

Ze zmian w innych narządach stwierdzaliśmy stale zwyrodnienie miąższowe, najwybitniejsze w nerkach. Z powikłań mieliśmy w przypadku drugim zrazikowe, w przypadku pierwszym zrazowe (pneumokokkowe) zapalenie płuc. Jako dalsze powikłanie należy uważać w dwóch przypadkach wybroczyny na skórze, na błonach śluzowych i surowiczych, najrozleglejsze w pęcherzu moczowym, — zmiany, dające obraz skazy krwotocznej. Tego rodzaju przypadki paratyfusu B z dążnością do krwotoków n. p. w skórze spostrzegał w obecnej wojnie Walko [27], podnosząc przy tem w niektórych przypadkach podobny przebieg tej choroby, jak w durze plamistym. To do duru plamistego podobne schorzenie było nawet powodem zapatrywania, że dur plamisty jest tylko pewną odmianą duru brzusznego, względnie paratyfusu. Również Herrnheiser na 64 bakteryologicznie stwierdzonych przypadków paratyfusu B spostrzegał dwa ze skazą krwotoczną. W jednym z nich z zejściem śmiertelnem stwierdził obok zmian w jelicie biodrowem, podobnych do duru brzusznego w okresie gojenia się, prócz wybroczyn na skórze tułowia, kończyn i na czole, wybroczyny na opłucnej i w nerkach, w drugim wybroczyny usadowione były również na tułowiu, kończynach i na czole. Oba przypadki cechowały się ciężkim przebiegiem. Również Zimmer spostrzegał przypadki paratyfusu B z krwotokami różnej wielkości na skórze i w narządach wewnętrznych. W naszych przypadkach, szczególnie w drugim, stosunkowo nieliczne wybroczynki punkcikowate rozmieszczone były głównie na tułowiu, rozleglejsze znajdowały się na błonach śluzowych i surowiczych. Rozległe wylewy krwawe w miedniczkach nerkowych i pęcherzu moczowym pozostawały najprawdopodobniej w związku z działaniem wydzielanego jadu. Do tego też należy odnieść krwotoczne zapalenie nerek w drugim przypadku. Klinicznie tego rodzaju zapalenie nerek ma być, według Zimmera, w paratyfusie zmianą nierzadką, a ma ono, według niego, dość szybko ustępować. Oczywiście owe zmiany krwotoczne w paratyfusie wskazują na uszkodzenie w tej chorobie układu naczyniowego, czego wyrazem, między innemi, jest także powstawanie zakrzepów w przebiegu tej choroby, podobnie jak w durze brzusznym.

Co do badania bakteryologicznego, to we wszystkich sześciu przypadkach wykazaliśmy w treści jelit lasecznika paratyfusu B, a ilość jego wykazana na płytkach była różna. Również ze wszystkich badanych śledzion wyhodowaliśmy te laseczniki w czystej hodowli, podobnie i z żółci we wszystkich trzech badanych przypadkach, co oczywiście ze względu na roznosicieli zarazka w paratyfusie, podobnie jak w durze brzusznym, ma znaczenie. Z krwi wyhodowano laseczniki paratyfusu B w przypadku drugim (trzeci tydzień choroby), natomiast nie otrzymano ich w przypadku szóstym (piąty tydzień choroby). Z wyników badania bakteryologicznego naszego materyału widzimy, że badanie żółci i śledziony w przypadkach sekcyjnych, gdzie można przypuszczać istnienie paratyfusu, jest nader pomocne dla rozpoznania, i to zarówno we wczesnych, jak i późniejszych okresach choroby, szczególnie wówczas, gdy badanie treści jelita da wynik ujemny, co przy dotąd jeszcze niedostatecznej technice badania stolców jest zwykłą rzeczą. Uwzględniając zmiany anatomiczne, spostrzegane w paratyfusie, wskazanem jest w każdym sekcyjnym przypadku rozległego ostrego zapalenia całego jelita systematyczne badanie bakteryologiczne śledziony i żółci. Tego rodzaju systematyczne badanie powiększy niewątpliwie ilość sekcyjnych przypadków paratyfusu, a temsamem pozwoli nam dokładniej poznać anatomię tej choroby.

Kliniczny przebieg opisanych przypadków, z wyjątkiem może ostatniego, był niewątpliwie ciężki i naogół krótki. W trzech z nich na pierwszy plan wysunęły się objawy ostrego zapalenia kiszek, podobnego do czerwonki, połączonego z podniesioną ciepłotą, w jednym z nich (przyp. 2) przebieg choroby odpowiadał więcej brzusznej postaci paratyfusu (p. abdominalis) z końcowymi objawami ciężkiego zatrucia; również przypadek szósty należałoby zaliczyć do tejsamej postaci paratyfusu.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 26. X. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 25.

1. Wybór komisyi, która ma zająć się odpowiedzią na pismo Namiestnictwa, dotyczące zmian w nowem wydaniu farmakopei austryackiej.

2. Kol. Hornowski wygłasza odczyt p. t.: **Obraz histologiczny przysadki mózgowej a obrazy kliniczne.**

Prelegent omawia rodzaje komórek, wchodzące w skład przedniej części przysadki mózgowej, zastanawia się nad genezą każdego rodzaju tych komórek i dochodzi do wniosku, że pochodzenie ich jest wspólne, a każdorazowe obrazy mikroskopowe, w których przeważają te lub inne komórki, są wyrazem okresu wydzielania jednej i tejsamej komórki. Do wniosków takich doprowadziły prelegenta badania nad komórkami amfochłonnemi przysadki mózgowej, które prelegent uważa za formy przejściowe pomiędzy komórkami bazochłonnemi a eozynochłonnemi. Wniosek ten ilustruje prelegent całym szeregiem przykładów. — Wobec tego uważał prelegent za rzecz ważną wynalezienie metody, któraby umożliwiała dokładne określenie ilościowe każdego godzaju komórek w każdym poszczególnym przypadku. Prelegent omawia próby swoje, robione w tym celu z okularem Ehrlich-Leitza, z obliczaniem za pomocą mikrometru, według formuły πr^2, poczem przedstawia ostatecznie wypracowaną metodę. Metoda ta polega na rysowaniu szeregu obrazów zapomocą okularu rysunkowego Leitza z dużej ilości skrawków, następnie zaś po wycięciu z rysunków grup komórek jednakowo barwiących się, na odważeniu każdej grupy oddzielnie i w ten sposób na ustaleniu stosunków pomiędzy poszczególnemi grupami. Opracowany według tej metody stosunek ilościowy komórek przysadki mózgowej przy warunkach mniej więcej zbliżonych do stanu prawidłowego, wykazuje, iż największa część przedniej części przysadki mózgowej zajęta jest przez tkankę właściwą nie samej tylko przysadce, t. j. przez naczynia i podścielisko. Na drugiem miejscu stoją komórki eozynochłonne, na trzeciem główne, na czwartem bazochłonne, a wreszcie amfochłonne. Wynik ten przeczy dzisiejszym poglądom, według których komórki bazochłonne są liczniejsze od głównych.

Omawiając w dalszym ciągu badania swoje nad komórkami bazochłonnemi według podanej metody, doszedł prelegent do wniosku, że ilość ich znacznie się zwiększa, tak że bywa ich nieraz nawet więcej, niż komórek eozynochłonnych, przy stanach podniecenia, związanych z bezsennością. W krótkiem zestawieniu omawia prelegent na zakończenie znane dzisiaj dane o związku pomiędzy obrazami histologicznymi przysadki mózgowej, a objawami klinicznymi. Prelegent spodziewa się, że dokładniejsze badania według podanej metody wyświetlą cały szereg niejasności i pozwolą odczytywać z obrazów mikroskopowych przysadki historyę życia danego osobnika.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 5. XII. posiedzenie, na którem doc. Dr Zubrzycki miał wykład o odczynach serologicznych przy raku, a Dr Kostrzewski o odczynie Wassermanna w moczu. W dyskusyach przemawiali kol. doc. Seńkowski, prof. Gliński, Oszacki, Szymanowski i prelegenci.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę Dr Jana Nowaczyńskiego z zakresu medycyny wewnętrznej.

Warszawa. Sekcya higieny szkolnej m. Warszawy zarządziła zbadanie 4096 uczniów, nowoprzyjętych do szkół miejskich. Próchnienie zębów znaleziono u 72%, powiększone gruczoły u 55%, gruźlicę otwartą u 1%, podejrzanych co do gruźlicy 5%, zawszawionych 32%; na kolonie nadawało się 30%, do uzdrowisk 8·5%.

Z różnych stron. W parlamencie austryackim wygłosił poseł Dr Emil Bobrowski d. 16. XI. w rozprawach nad zwalczaniem gruźlicy i chorób wenerycznych obszerną mowę, w której, opierając się na licznych danych statystycznych, napiętnował ostro zaniedbanie spraw sanitarnych Galicyi przez rząd centralny. Wytknąwszy zabieranie przez wojsko z Galicyi wszystkich syfilidologów, bez których przecież o skutecznem zwalczaniu chorób wenerycznych nie może być mowy, zajął się Dr Bobrowski głównie sprawą gruźlicy i ostrych chorób zakaźnych. Oprócz oburzającego faktu, że z 16 milionów koron, wydanych w r. b. na walkę z gruźlicą w Austryi, przyznano Galicyi tylko 130.000 koron (!), i to dla arcyksiążęcego sanatoryum w Rajczy, podał Dr Bobrowski cały szereg dowodów, że tak co do gruźlicy, jak i co do ostrych epidemii, można stanowisko władz centralnych wobec Galicyi tłómaczyć tylko albo niedołęstwem, albo złą wolą. Odbudowa domów nie stoi w żadnym stosunku do ogromu zniszczeń, środków żywności brak, a mimo to wywozi się je z kraju na wielką skalę. Tak wobec Galicyi spełnia rząd centralny zasady walki z gruźlicą, wskazane mu przez Najwyższą Radę zdrowia 3. VII. 1916, a streszczające się w poprawie mieszkania i pożywienia. Taksamo niemal dzieje się w sprawie walki z epidemiami; jako jaskrawy tego przykład przytoczył Dr Bobrowski, że oparta na nowej ustawie przeciwepidemicznej prośba gminy m. Krakowa o odszkodowanie została przez Namiestnictwo poprostu odrzucona, a odwołanie się gminy od tego leży w Ministerstwie od marca do dziś niezałatwione. Innym przykładem jest fakt, że zbudowane kosztem 2 milionów koron miejskie zakłady sanitarne w Krakowie i sanatoryum dla żołnierzy dotkniętych gruźlicą nie mogą być dotąd otwarte, bo nie uzyskały od rządu węgla! Mowę swoją zakończył Dr Bobrowski żądaniem niezwłocznego utworzenia ministerstwa zdrowia (co już nastąpiło), oraz niezwłocznej »odbudowy sanitarnej« krajów, które ucierpiały wskutek wojny.

Zmarli: Dr Ludwik Walicki, uczestnik ruchu 1863 r., zesłaniec, potem lekarz w Jarosławlu, zmarł w Nałęczowie; Dr Władysław Świątecki, laryngolog, ordynator szpitala, autor kilkunastu rozpraw naukowych, w 60 r. ż. w Warszawie z duru plamistego.

Redakcya otrzymała: Dębiński: Walka z gruźlicą jako chorobą ludową. (Kursy przygotowawcze dla lekarzy powiatowych Królestwa polskiego). Warszawa 1917, str. 79.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Październik. (Cena 2·— Mk.). Listopad. (Cena 1·25 Mk.).

Treścią zeszytu październikowego, zazwyczaj poświęconego chorobom zakaźnym i nauce o odporności, jest tym razem, po części wbrew programowi, sprawa zatruć pokarmowych na tle bakteryjnem (prof. Süpfle) obok przeglądu prac, dotyczących higieny rasy (Dr Lenz). W zeszycie listopadowym podaje Dr Kraupa przegląd okulistyczny (za r. 1916), a prof. Kuttner przegląd laryngologiczny i otyatryczny.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. grudnia** o godz. 6 wieczór w sali wykładowej **kliniki chorób wewnętrznych**. Na porządku dziennym: 1) Wybory Zarządu na rok 1918. 2) Prof. Dr Latkowski: Przedstawienie chorych. 3) Doc. Dr Mayer: Demonstracye z zakresu radyologii. 4) Dr Raczyński: Nowy sposób barwienia krwi (z demonstracyą). 5) Doc. Dr Nowaczyński: Nowoczesne sposoby badania i poglądy na zapalenie nerek.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 15. grudnia 1917. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

Zmiany anatomo-patologiczne w paratyfusie B.

Podał

Prof. Dr Witold Nowicki,
kierownik pracowni.

(Dokończenie).

Objawy czerwonkowe, tak często spostrzegane w paratyfusie B, są rzeczą zrozumiałą wobec prawie stale spotykanych zmian w jelicie grubem, które wprost anatomicznie mogą przedstawiać obraz czerwonki, jak n. p. w przypadku Luckscha, dwóch przypadkach Stephana, Korczyńskiego i t. d. W związku z tak częstemi zmianami w jelicie grubem pozostają niewątpliwie stolce, podobne do czerwonkowych. Treść jelit w naszych sześciu przypadkach była 3 razy płynna, 3 razy zaś mniej lub więcej śluzowa, nadto w 4 przypadkach krwawa, w 5 zaś, jeżeli uwzględnimy, że w przypadku szóstym spostrzegano wypróżnienia krwawe. W 3 przypadkach, o ile mogliśmy się dowiedzieć, spostrzegano za życia krwawe wypróżnienia. Poniżej podajemy tabelkę, uwzględniającą czas choroby i cechy stolców, pochodzących od chorych, u których stwierdziliśmy bakteryologicznie laseczniki paratyfusu B.

TABLICA I.

Okres trwania choroby wzgl. ozdrowienia	Tygodnie			Razem	Tygodnie					Miesiące			Nieozn. czas	Ozdrowienie	Razem
	1	2	3		4	5	6	7	8	III	IV	V			
krwawy	4	2	—	6 7.7 %	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	7 (6.4 %)
ropny	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	— —
śluzowy	3	4	1	8 10.3 %	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	10 (9.2 %)
płynny	21	11	4	36 46.7 %	—	—	—	—	1	—	—	—	—		37 (34.2 %)
papkowaty	1	2	1	4 5.1 %	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	5 (4.6 %)
miękki	7	6	4	17 22 %	3	1	3	2	3	2	—	1	—	—	32 (29.6 %)
sformowany	1	4	1	6 7.7 %	1	2	1	—	3	—	—	—	3	1	17 (15.7 %)
Razem	37	29	11	77 (100 %)	4	4	5	2	7	4	—	1	3	1	108 (100 %)

Z tabelki tej widzimy, że w pierwszych trzech tygodniach choroby w przeszło połowie (50,6 %) przypadków z tego okresu były stolce płynne, następnie idą stolce miękkie, najrzadziej papkowate. Stolce krwawe i śluzowe stwierdzono prawie w $^1/_5$ ogółu uwzględnionych stolców (18,9 %). Mniejwięcej tensam wzajemny stosunek widzimy w stolcach z pierwszego tygodnia choroby. Tabelka powyższa obejmuje niewątpliwie przypadki lekkie i ciężkie, liczba procentowa stolców podobnych do czerwonkowych będzie w przypadkach ciężkich niewątpliwie znaczniejsza.

Co do obecności pierwocin komórkowych w treści opisanych przypadków sekcyjnych, to stale stwierdzaliśmy w preparatach rozcieranych ciałka białe wielojądrzaste (ciałka ropne) z ziarnistością obojętnochłonną, ciałka czerwone i nieliczne nabłonki; w dwóch przypadkach znajdowały się liczne ciałka ropne. Obecność ciałek białych wielojądrzastych stwierdziliśmy w ogólności stosunkowo często w stolcach paratyfusowych; na 108 bowiem wymienionych wyżej stolców w 43, t. j: w 39,8 %, a prawie cała ta liczba przypada na stolce z pierwszych trzech tygodni choroby. Na stolce z pierwszego tygodnia przypada 67,5 %. Niżej umieszczona tabelka, uwzględniająca owe 43 przypadki, przedstawia częstość stwierdzonych ciałek białych w stolcach z poszczególnych tygodni choroby, względnie z czasu ozdrowienia.

TABLICA II.

Okres choroby wzgl. ozdrowienia	Tygodnie								Miesiące			Nieozn. czas	Ozdrowienie	Razem
	1	2	3	4	5	6	7	8	III	IV	V			
stolce bez ciałek b.	12	18	8	4	4	4	2	6	4	—	1	1	1	65 (60,1 %)
stolce z ciałkami b.	25	11	3	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	43 (39,8 %)
Razem	37	29	11	4	4	5	2	7	4	—	1	3	1	108

Dla porównania umieszczamy wreszcie zestawienie, uwzględniające w procentach obecność składników komórkowych w bakteryologicznie stwierdzonych stolcach durowych, paratyfusowych i czerwonkowych, a pochodzących ze świeżych przypadków choroby, z czasu świeżego ozdrowienia względnie w dłuższy czas po przebiegu choroby, następnie z 3 względnie 4 tygodni choroby i wreszcie z pierwszego tygodnia.

	Ogólna liczba	Pierwsze 3 wzgl. 4 tyg.	Pierwszy tydzień
Dur brzuszny	na 204 w 23 %	na 131 w 25.1 %	na 59 w 25.4 %
Paratyfus B	na 108 w 39.8 %	na 77 w 50.6 %	na 37 w 67.5 %
Czerwonka	na 325 w 70.1 %	na 237 w 81 %	na 210 w 81.4 %

Z zestawienia tego widzimy, że: 1) stolce paratyfusowe B, co do wartości składników komórkowych (ciałek ropnych i nabłonków) zajmują pośrednie miejsce między durem brzusznym a czerwonką; 2) w świeżym okresie choroby, zwłaszcza w pierwszym tygodniu, pod względem zawartości powyższych składników zbliżają się stolce paratyfusowe B najwięcej do stolców czerwonkowych.

Mniejwięcej tosamo można powiedzieć na podstawie materyału, badanego w tutejszej pracowni, o makroskopowych cechach stolców paratyfusowych w stosunku do durowych i czerwonkowych.

Nieco więcej poświęciliśmy miejsca omówieniu treści jelit względnie stolcom w paratyfusie B dla wykazania, że cechami swemi stawiają one paratyfus na pośredniem miejscu między durem brzusznym a czerwonką.

Ciężkość przebiegu naszych przypadków niezawsze była równoległa do zmian anatomicznych; fakt ten musimy odnieść z jednej strony do samego zakażenia względnie zatrucia ustroju, z drugiej strony do małej odporności osobników, wywołanej niewątpliwie nader lichem odżywieniem, za czem przemawiało znaczne wychudzenie (mimo przeważnie krótkiego czasu trwania choroby), stwierdzone na sekcyi.

Fakt, że laseczniki paratyfusu mogą być przyczyną dwu klinicznie i do pewnego stopnia anatomicznie wykazujących pewne różnice grup chorobowych, — zapalenia jelit paratyfusowego i paratyfusu brzusznego, — tłomaczy Schottmüller różnem usadowieniem się sprawy chorobowej, co oczywiście pozostaje w związku ze zmianami anatomicznemi. W paratyfusie brzusznym, przypuszcza Schottmüller, mamy do czynienia głównie ze schorzeniem tkanki chłonnej jelita, w zapaleniu zaś jelit paratyfusowem ze schorzeniem samej błony śluzowej. Słusznie jednak tłomaczenie to odrzuca Herxheimer, a do pewnego stopnia i Hübschmann, opierając się z jednej strony na niewielkich zmianach w tkance chłonnej w paratyfusie, które świadczą, że laseczniki paratyfusu nie okazują tego powinowactwa do tkanki chłonnej, jak laseczniki duru brzusznego, a powtóre wchodzi tu w grę rozmaite oddziaływanie ustroju na obce wpływy, między innemi wrodzona i nabyta odporność, która u różnych osobników jest różna. Niemniej wchodzi tu w rachubę różny stopień jadowitości samego zarazka, za czem przemawiają także odpowiednie doświadczenia Hübschmanna i cała skala lekkich aż do bardzo ciężkich klinicznych obrazów tej choroby. Niewątpliwie ciężkie, krótko trwające postacie paratyfusu, niejednokrotnie z przebiegiem podobnym do cholery i z obrazem anatomicznym ostrego, często krwotocznego zapalenia całego przewodu pokarmowego, są wywołane przez bardzo jadowite, natomiast paratyfus brzuszny, cechujący się dłuższym, nieraz bardzo lekkim przebiegiem, anatomicznie więcej ograniczonemi zmianami, przez mało jadowite laseczniki. Podobieństwo widzimy w czerwonce, wywołanej przez silnie trujące laseczniki typu Shiga-Kruse i mało jadowite typu Flexner—Y. W naszym materyale dla pierwszych jest przykładem pięć pierwszych przypadków, dla drugich do pewnego stopnia przypadek szósty.

Zbierając zmiany anatomiczne, spostrzegane w naszych sześciu przypadkach paratyfusu B, musimy podnieść następujące cechy:

1. Zajęcie całego przewodu pokarmowego, w szczególności dolnej części jelita biodrowego i grubego.

2. Mniej lub więcej krwotoczny charakter zapalenia, połączony ze znacznem przekrwieniem i rozpulchnieniem błony śluzowej.

3. Nieznaczny, ale stały udział tkanki chłonnej (grudek) jelit i gruczołów krezkowych w zmianach zapalnych.

4. Brak durowego obrzęku śledziony, czasem prawie niezmienionej.

5. Brak wybitniejszej różnicy w obrazie anatomicznym między zapaleniem paratyfusowem jelit, a paratyfusem B brzusznym.

6. Treść jelit względnie stolce w paratyfusie B zawartością składników komórkowych (ciałek ropnych) i cechami makroskopowemi zbliżone są więcej do stolców czerwonkowych, niż durowych.

7. Występowanie w przypadkach szczególnie ciężkich skazy krwotocznej.

Piśmiennictwo. 1. Barykin. Russkij Wracz 1909. — 2. Bracht. D. med. W. 1908. Str. 2240. — 3. Burckhardt. Zbl. f. Path. u. path. An. 1902. T. 23. Str. 49. — 4. Fraenkel. Aerztl. Ver. w Hamburgu. Posiedz. z dn. 16. XI. 1915. D. med. W. 1916. Str. 337. — 5. Frankl i Benković. W. klin. W. 1916. N. 44. — 6. Frenzel. D. med. W. 1916 N. 32. — 7. Glaser. M. med. W. 1914. Str. 1965. — 8. Herford. Ztschr. f. Beamte 1909. Str. 124. przyt. Herxheimer. — 9. Herrnheiser. W. klin. W. 1916. N. 37. Str. 1163. — 10. Herxheimer. Berl. klin. W. 1915. N. 24. Str. 648. — 11. Hübschmann. Zieglers Beitr. 1913. T. 56. Str. 514. — 12. Kayser i Brion. Arch. f. klin. Med. 1905. T. 85. Str. 525. — 13. Korczyński. W. klin. W. 1915. N. 46. Str. 1251. — 14. Lecount i Batty. Tr. of the Chicago path. Soc. 1907. T. 7 Bull. 1908. przyt. Herxheimer. — 15. Lecount i Kirby. Tr. of. the path. Soc. 1904. T. 4. Bull. 1907. przyt. Herxheimer. — 16. Loele. Ergebnisse Lubarsch-Ostertag. 1915. T. 18. I. — 17. Lucksch. Zbl. f. Bakt. u. Parasitkd. 1903. Abt. I. Orig. T. 24. — 18. Matthes, Wollenweber i Dorsch. Klin. Jhrb. 1912. T. 26. — 19. Rings. Med. Kl. 1907. Str. 1007. — 20. Saltykow. Virch. A. 1913. T. 211. Str. 467. — 21. Schottmüller. Die typhösen Erkrankungen w Hdb. d. inn. Med. wyd. Mohr i Staechelin. Berlin. 1911. T. 1. — 22. Sluka i Pollak. W. klin. W. 1916. N. 44. Str. 1390. — 23. Stein. W. klin. W. 1916 Nr. 21. Str. 648. — 24. Stephan. Berl. klin. W. 1916. N. 21. Str. 569. — 25. Stintzing. Ausserord. Tagung d. deutsch. Kongr. f. inn. Med. in Warschau. 1916. D. med. W. 1916. N. 22. Str. 683. — 26. Strong. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. 1902 T. 13. Str. 107. przyt. Herxheimer. — 27. Walko. W. klin. W. 1916. N. 11. Str. 313. — 28. Wiechert. In. Diss. Marburg 1907. — 29. Zimmer. W. med. W. 1916. N. 51. Str. 1949.

Z c. k. szpitala polowego.
(Komendant: Dr Steinmetz, lekarz pułkowy).

O gorączce wołyńskiej

podał

Dr Tadeusz Tempka,

starszy lekarz.

(Ciąg dalszy).

Töpfer w preparatach krwi nie widział żadnych drobnoustrojów, natomiast przez wstrzyknięcie śródotrzewne świnkom morskim krwi chorych na gorączkę wołyńską wywoływał u tych zwierząt gorączkę o podobnym przebiegu, jaką otrzymywał przez przeszczepienia (również na świnki morskie) krwi osób chorych na dur osutkowy. W zupełności zgadzają się wyniki badań Töpfera i Jungmanna, przeprowadzonych nad wszami, pochodzącemi od osób, cierpiących na typową gorączkę wołyńską, jak również i nad wszami, sztucznie zakażonemi przez ssanie krwi tych chorych. W preparatach, uzyskanych z przewodu pokarmowego tych wszy, znajdowały się tesame, powyżej opisane twory. Töpfer znalazł je w sztucznie zakażonych wszach po 5 dniach (licząc od chwili przystawienia ich do skóry chorych) w skąpej, po ośmiu zaś w wielkiej ilości; tym faktem możnaby wytłómaczyć przeważnie panujący typ pięciodniowego okresu bezgorączkowego, przegradzającego poszczególne napady. Laseczniki, opisane przez Töpfera i Jungmanna przy gorączce wołyńskiej są, według obu autorów, bardzo podobne do laseczników duru osut-

kowego i podobnie, jak one, rozmnażają się silnie w jelicie wszy.

Jakkolwiek badania te nie doszły do ostatecznego kresu, to jednak znajdowanie tych tworów we krwi chorych na gorączkę wołyńską. w kale wszy, tak sztucznie, jak i naturalnie zakażonych, nigdy zaś we wszach kontrolnych, wreszcie dodatni wynik doświadczeń na zwierzętach, przemawiałyby za tem, że drobnoustroje te stoją w związku przyczynowym z tem cierpieniem; być może, że opisane przez innych autorów krętki przedstawiają jakiś okres rozwoju tego zarazka.

Z drugiej strony doświadczenia te pokazują, że tak gorączka wołyńska, jak i dur plamisty mają pod względem morfologicznym i biologicznym pokrewne sobie zarazki i wskutek tego tworzą jakąś nową grupę chorobową, choć same są zupełnie odrębnemi jednostkami chorobowemi. (Töpfer [20]).

Tesame wyniki bakteryologiczne uzyskał Jungmann nietylko w przypadkach postaci napadowej, ale także w postaci durowatej i poronnej, jakkolwiek nie tak stale, jak w postaci pierwszej. W każdym razie wyniki te przemawiają za słusznością rozróżniania tych 3 postaci gorączki wołyńskiej.

Jak widać z powyższych doświadczeń, gorączka wołyńska przenosi się z człowieka na człowieka nie bezpośrednio, lecz za pośrednictwem wszy, podobnie jak dur osutkowy. To spostrzeżenie tłómaczy nam równocześnie, dlaczego gorączka wołyńska nie występuje nigdy nagminnie, tylko sporadycznie; oprócz tego najważniejszego faktu przemawia za rolą wszy, jako pośredników w przenoszeniu zarazków gorączki wołyńskiej, jeszcze szereg innych danych. Główna część przypadków tej choroby występuje w zimie, gdzie plaga wszy jest największa, a gdzie komary i muchy nie wchodzą w grę, jako przenosiciele tej choroby; widujemy ją nadto, w przeciwieństwie do oficerów, przeważnie u żołnierzy, którzy mają daleko więcej sposobności do zawszawienia się, niż pierwsi; wreszcie trzeba podnieść, że wszędzie tam, gdzie odwszawianie chorych jest dokładnie przeprowadzone, nigdy nie zauważono nowych przypadków, mimo, że chorych takich nie odosabniano.

O okresie wylęgania tej choroby nie mamy jeszcze dzisiaj dokładnych wiadomości; że jest on dosyć długi, dowodziłoby spostrzeżenie, zrobione przez Jungmanna i Kuczyńskiego [4]), gdzie jeden z nich po ukąszeniu przez wesz, sztucznie zakażoną krwią chorego na gorączkę wołyńską, zachorował po 27 dniach na durowatą postać gorączki wołyńskiej, przyczem w trzecim dniu choroby odczyn Weila-Felixa był dodatni 1:100, co znowu wskazuje na blizkie pokrewieństwo zarazków duru plamistego i gorączki wołyńskiej.

Rozpoznanie typowej napadowej postaci nie sprawia zazwyczaj żadnych trudności. Wykluczyć należy oczywiście wszystkie inne stany chorobowe, cechujące się również okresowymi nawrotami gorączki, a więc zimnicę i dur powrotny. Przeciw zimnicy, oprócz nieobecności pasorzytów zimniczych we krwi, przemawiać będzie nadto bezskuteczność chininy, stosunkowo nieznaczny, w każdym razie mniejszy niż przy zimnicy obrzęk śledziony (czasem brak go zupełnie, lub też można go wykazać tylko opukiwaniem) i występowanie świeżych przypadków w miesiącach zimowych. Przeciw durowi powrotnemu, oprócz braku krętków Obermeiera we krwi, świadczyć będzie także odporne zachowanie się przeciw przetworom arsenowym. Bakteryologiczne rozpoznanie tego cierpienia nie przekracza obecnie jeszcze murów pracowni. Zaznaczyć muszę, że czasem spotykamy się tutaj z ciekawem połączeniem dwu stanów chorobowych, mianowicie gorączki wołyńskiej i zimnicy. Niekiedy widujemy mianowicie, jak w przebiegu gorączki wołyńskiej występują nagle wysokie wzniesienia cieploty, psujące prawidłowość obrazu; wzniesieniom tym towarzyszą silne dreszcze, brak zaś zupełnie charakterystycznych bólów kości goleni, a badanie krwi, wziętej podczas takiego napadu, wykazuje obecność pasorzytów zimniczych. Poprzednim napadom, odpowiadającym gorączce wołyńskiej, wzniesienia ciepłoty towarzyszyły bez dreszczy, natomiast towarzyszyły im silne bóle kości goleni, a we krwi nie było ani śladu pasorzytów zimniczych, tylko wzmożenie liczby krwinek białych neutrofilnych. Również i dalszy przebieg dowiódł, że szło tu o dwie odrębne choroby, równocześnie występujące. Po natychmiastowem zastosowaniu chininy (5 razy dnia po 0·2 gr.) rozpoczyna się dłuższy kilkudniowy okres bezgorączkowy, po którym znowu pokazują się, mimo ciągłego podawania chininy, napady gorączki bez dreszczów, natomiast z silnymi bólami w goleniach, a krew, wzięta podczas tych napadów, nie okazuje już pasorzytów zimniczych, tylko neutrofilię. Chinina wstrzymała tedy napady zimnicy, nie wywarła zaś wpływu na gorączkę wołyńską. Rozpytując się takich chorych, dowiemy się, że przed jakimś czasem przeszli zimnicę. W tych przypadkach nastąpiło więc »uruchomienie« pasorzytów zimniczych, które pod wpływem nowego czynnika zakaźnego (lub może samej tylko ciepłoty?) przeszły ze śledziony do krwi obwodowej. Potrzebne jest do tego pewnego rodzaju sumowanie się podniet, jak tego dowodzi spostrzeżenie, że dopiero po paru napadach gorączki wołyńskiej następują napady ukrytej zimnicy. Dla objaśnienia przytaczam dwie krzywe własnego spostrzeżenia (Nr 8 i 9); w pierwszym przypadku nastąpiło uruchomienie pod wpływem samej gorączki wołyńskiej, w drugim zaś pod wpływem wstrzyknięcia śródmięśniowego mleka, które zastosowałem w celach leczniczych.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Leon Karwacki i Stanisław Biernacki: **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.** Z pracowni serologicznej Warsz. Tow. nauk. (Wydane z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1916).

Autorowie wychodzą z założenia, że lek, który ma działać skutecznie w jakiejś chorobie, powien posiadać dwie cechy (prócz nieszkodliwości dla ustroju): po pierwsze powinien pobudzać wrodzone czynniki obronne ustroju, powtóre powinien działać na dany zarazek bakteryobójczo. Opierając się na tej podstawie, zbadali autorowie »in vitro« działanie bakteryobójcze 125 ciał chemicznych (w tem 51 barwików) na bakterye gruźlicze. Do doświadczeń użyli szczepu, wyhodowanego jeszcze przez Kocha w ósmym lat dziesiątku XIX w. i przeszczepianego od tego czasu przez przeszło 200 pokoleń na pożywkach sztucznych. Z doświadczeń tych wynikało, że niektóre związki chemiczne działają »in vitro« bardzo silnie bakteryobójczo (n. p. fiolet goryczkowy w rozczynie $^{1}/_{10\cdot000}$, tymol i safranina w rozczynie $^{4}/_{100\cdot000}$, błękit metylenowy i cyanek rtęci w rozczynie $^{2}/_{100\cdot000}$, a tioflawina T nawet w rozczynie $^{4}/$milion).

Z gruźlicą ma się rzecz tak, jak z tyfusem, cholerą i niektóremi innemi chorobami zakaźnemi. Ponieważ leczenie tych spraw chorobowych surowicami i szczepionkami nie dało dotąd wystarczających i pewnych wyników, trzeba szukać innych dróg do dojścia do celu. Być może, że jest nią chemoterapia, jak to przypuszczają dzisiaj liczni badacze. Prof. Dr R. Nitsch.

L. Bruner i S. Tołłoczko. **Chemia nieorganiczna.** Wydanie czwarte, na nowo opracowane przez Stanisława Tołłoczkę. 1917.

Zdziwi się niejeden z czytelników, spotykając ocenę podręcznika chemii w czasopiśmie lekarskiem. Zdawaćby się mogło, że między chemią, zwłaszcza nieorganiczną, a naukami lekarskiemi jest już zbyt wielka rozbieżność zadań, aby postępy pierwszej mogły większy bezpośredni wpływ wywierać na drugie, a jednak tak nie jest. Nowe teorye chemiczne i fizyczne wytłumaczyły nam niejedno zjawisko biologiczne, przekształciły z gruntu niejedno zapatrywanie, a każdy nowy fakt odbija się silnem

echem w biologii. Pojęcia prężności osmotycznej, dyssocyacyi elektrolitycznej w rozczynach wodnych, prawa równowagi chemicznej i t. d., zagadnienia, nie uwzględniane nawet w wykładach chemii ogólnej jeszcze lat temu trzydzieści, dziś tworzą nietylko podstawę samej chemii, ale wywierają przemożny wpływ na całokształt nauk przyrodniczych, a tem samem i biologiczno-lekarskich.

Podręcznik Brunera i Tołłoczki, opracowany przez prof. Tołłoczkę już po przedwczesnej śmierci nieodżałowanego prof. Brunera, odznacza się dwiema charakterystycznemi cechami. Pierwsza, to właściwie obowiązek każdego nowożytnego autora: uwzględnienie najnowszych zdobyczy nauki i najnowszych pojęć. Za szczególną zasługę można jednak poczytać, że te najnowsze zdobycze wiedzy, trudne do pojęcia bez wzoru matematycznego, są tu przedstawione w sposób tak prosty, tak logiczny, że nawet dla nieobytego czytelnika stają się zrozumiałe. Druga charakterystyczna cecha podręcznika, to myśl przewodnia, przewijająca się w logicznym rozwoju bez przerwy od pierwszego do ostatniego ustępu. Jak słusznie autor w przedmowie zauważył, chemia nie powinna być traktowana jako zbiór luźnych zjawisk, ale jako nauka rozumowa, mająca swój rdzeń w postaci niezmiennych praw natury, około których poszczególne zjawiska się grupują, względnie z nich wychodzą. Chemia Brunera i Tołłoczki jest w tym względzie unikatem w literaturze naukowej polskiej i nie będzie przesadnem twierdzenie, że ta książka nietylko powinna być podstawą nauki chemii młodego medyka, ale nie powinno jej braknąć i w bibliotece starszego lekarza, interesującego się postępem nauk przyrodniczych. Doc. Dr Seńkowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 7 listopada 1917.

(w klinice chirurgicznej U. J.)

Przewodniczy: kol. Ciechanowski. Obecnych członków 38.

1) Przewodniczący powitał obecnego na sali gościa kol. Dr Kożuchowskiego z Dąbrowy górniczej, poczem odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Na wniosek Zarządu, przedstawiony przez przewodniczącego, wybrano komisyę przedwyborczą w następującym składzie: doc. Borowiecki, prof. Gliński, prof. Kostanecki, doc. Nowaczyński, prof. Wachholz, Dr Dr Glatzel, Karwowski, Szancenbach, Eug. Walter, Krzysztoń, Lachs, Szwarc, Służewski, Momidłowski, Sikorska. Na przewodniczącego postanowiono poprosić prof. Kostaneckiego.

3) Przewodniczący przedstawia następujące wnioski komisyi, wybranej w sprawie kolumn sanitarnych Komitetu Książęco-Biskupiego:

»Wobec doskonałych wyników działalności kolumn sanitarnych Książęco-Biskupiego Komitetu krakowskiego uchwala Towarzystwo lekarskie krakowskie, co następuje:

1. Ruchome kolumny sanitarne dla tłumienia epidemii powinny być bezwarunkowo utrzymane na stałe.
2. W każdym razie należy koniecznie starać się utrzymać do końca wojny kolumny sanitarne Książęco-Biskupiego Komitetu w dotychczasowej formie.
3. Gdyby to było niemożebne, należałoby oddać kolumny sanitarne odpowiednieniu stowarzyszeniu polskiemu.
4. Twórcy i kierownikowi kolumn sanitarnych Książęco-Biskupiego Komitetu, prof. Dr Emilowi Godlewskiemu, wyraża Towarzystwo lekarskie krakowskie najwyższe uznanie«.

Wniosek w całości jednomyślnie i wśród oklasków przyjęto.

4) Kol. Michejda przedstawił cztery przypadki **gruźlicy kręgosłupa, leczone operacyjnie metodą Albeego**, polegającą na operacyjnem ustaleniu kręgów zajętych i sąsiednich zdrowych przez wszczepienie w rozszczepione podłużnie wyrostki kolczyste listwy kostnej, wyjętej z kości piszczelowej. Z czasem implantat ulega wessaniu, na jego miejsce jednakże wyrasta z podłoża, a więc z wyrostków kolczystych (Barth) i z okostnej implantatu (Axhausen) nowa kość, która stanowi organiczną całość z podłożem. Warunki do wgojenia się implantatu są w tem miejscu wyjątkowo dobre, gdyż implantat na szerokiej przestrzeni przylega do okrwawionej zdrowej tkanki kostnej. Wynikiem tego procesu anatomicznego będzie ustalenie tylnych części kręgosłupa, a przez to pośrednio odciążenie przednich części, zajętych gruźlicą, zatem to, co pragniemy uzyskać stosowaniem dotychchczasowych metod, t. j. łóżeczek gipsowych i gorsetów. Badania doświadczalne Hoesslyego wykazały, że przez wgojenie wspomnianej listwy może tylna część kręgosłupa objąć zupełnie zadanie kostnego rusztowania ciała. — Toteż w przypadkach, w których jeszcze do wytworzenia garbu nie doszło, powinno po udanej operacyi powstanie jego być uniemożliwione. Czy tak rzeczywiście jest, to pokażą dalsze spostrzeżenia. — Niemałą zaletą tej metody jest to, że nie stoi zupełnie na przeszkodzie rozległemu stosowaniu leczenia ogólnego, szczególnie helioterapii, które w leczeniu gruźlicy kręgosłupa na pierwszem powinno stać miejscu. Wyniki osteoplastycznej operacyi kręgosłupa przy gruźlicy jeszcze dziś ostatecznie ustalić się nie dadzą. Dane z literatury są w każdym razie zachęcające; a że zabieg i teoretycznie jest uzasadniony, więc należałoby go poddać szerszemu doświadczeniu. (Szczegółowe opracowanie dotyczącego materyału będzie później ogłoszone). (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Hładij: Niezbyt zachęcające na ogół wyniki zachowawczego leczenia spraw gruźliczych kręgosłupa metodami dotychczas stosowanemi ze względu na długotrwałość leczenia, rozciągającego się na całe szeregi lat, leczenia bardzo kosztownego, na które pozwolić sobie mogą sfery wybrane, które stosunkowo najrzadziej zapadają na gruźlicę, zwróciły uwagę amerykańskiego chirurga Freda Albeego jeszcze w r. 1910, czyby te kosztowne, przewlekłe, a tak często zawodzące metody leczenia spraw gruźliczych kręgosłupa nie dały się zastąpić jakimś sposobem prostszym, pewniejszym i tańszym. Doświadczenia Lexera co do transplantacyi całych stawów, szczegółowe badania Küttnera, Axhausena, Bartha, wykazujące, jak słyszeliśmy przed chwilą, że w miejscu wszczepionej kości wytwarza się z okostnej nowa tkanka kostna, naprowadziły Albeego, aby przez przeszczepienie kości wraz z okostną pomiędzy wyrostki kolczyste kręgów uzyskać wytworzenie się naturalnej podpory z silnej tkanki kostnej, niejako gorsetu, o wiele pewniej działającego, aniżeli kosztowne łóżeczka, opatrunki ustalające, gorsety. Na kongresie ortopedów w Berlinie w r. 1914 odczytał Leo Majer w tłomaczeniu referat prof. Albeego o leczeniu gruźlicy kręgosłupa na podstawie 178 operowanych przypadków. — Kilka słów chcę dodać o technice zabiegu operacyjnego, jak go wykonuje Albee sam: Cięcie w częściach miękkich, łukowate, nie kańciaste; wyrostki kolczyste powinny być tak rozszczepione, aby tylko w jedną stronę nastąpiło odłamanie od podstawy. Z kości piszczelowej należy wyjąć kość z okostną, okostnej stosunkowo dużo, a kości samej niewiele. Im cieńsze listewki kostne wszczepiamy, jak to wykazał Macewen, tem bujniejsza wytwarza się kostnina. Transplantat powinien być, zależnie od wieku osobnika, 6—12 mm szeroki, 6—9 mm gruby, 10—19 cm długi. Warstwę szpikową transplantatu wszczepiamy tak, aby przylegała do powierzchni wyrostka kolczystego, od której odłamano blaszkę. Okostna zaś przylegać powinna do powierzchni kości odszczepionej od wyrostka kolczystego. Albee stworzył całe specyalne instrumentaryum dla tych zabiegów, a mianowicie świdry i piłki elektryczne. Wprowadził je Albee dlatego, że wedle teoryi Crilesa przy operowaniu elektrycznymi przyrządami chorzy nie doznają wstrząsu nerwowego w przeciwieństwie, gdy się operuje dłutem i młotem. W pierwszych przypadkach, kiedy nie miał jeszcze swego instrumentaryum, spostrzegał Albee wstrząsy nerwowe. Muszę nadmienić, że jakkolwiek klinika nie posiada specyalnego instrumentaryum i operacye wykonuje dłutem i młotem, nie zauważyliśmy wstrząsów nerwowych, mimo że operowaliśmy w dwóch przypadkach osoby dorosłe, gdzie rozszczepienie wyrostków kolczystych musiało być dokonane dłutem. Albee żąda, ażeby w przypadkach gruźlicy kręgosłupa piersiowego ustalać 2 kręgi powyżej i 2 kręgi poniżej chorego kręgu; przy kręgach lędźwiowych wystarczy ustalać po jednym kręgu. W przypadkach z garbem kształt rozszczepionej kości można przez nadłamanie przystosować do wygięcia kręgosłupa. Zdaniem Albeego w otoczeniu wszczepionej kości wytwarza się silna blizna, która przylega ściśle do nowo wytwarzającej się kości. Wessania wszczepionych odłamków kostnych autor nie zauważył. Tą metodą operowane przypadki wykazały, że wytworzona nowa tkanka kostna w ciągu 6—8 tygodni zapobiegała powiększaniu się wzgl. powstawaniu garbu. Po zabiegu operacyjnym trzyma Albee chorego w łóżku 6—8 tygodni. Tylko chorych z daleko posuniętymi garbami, które przez odpowiednie przyrządy ortopedyczne starał się skorygować, trzymał Albee przez ten czas w gorsetach lub łóżeczkach gipsowych. — Co do wskazań do operacyi, to schorzenia kręgosłupa bez różnicy wieku, bez względu

na czas trwania choroby stanowią eo ipso wskazanie do zabiegu. Ropnie opadowe, porażenia, nie są przeciwwskazaniem do operacyi, ale przeciwnie stanowią wskazanie do operacyi. Tylko niemożliwość operowania w jałowym terenie, na szczęście wypadek ten zachodzi rzadko, stanowi przeciwwskazanie do operacyi. Z pośród 178 przypadków były przypadki nietylko świeże, ale także i stare 4- i 6-letnie. Zejść śmiertelnych po tych zabiegach Albee nie zauważył, tylko ogólnie podaje, że wyniki ma bardzo dobre. W r. 1914 Ombredanne podał sposób implantancyi kawałków kości łopatkowej, Erlacher operował 4 przypadki i na kongresie w r. 1914 wyrażał się bardzo pochlebnie o wynikach, uzyskanych tą metodą. W pracy tej wyłuszcza, że kość z łopatki nie nadaje się do transplantacyi. Każda metoda nowa, o ile jest prosta, pozyskuje wielu zwolenników. W klinice chirurgicznej byliśmy jedni z pierwszych, którzy ją stosowali (1914). Wojna przerwała nasze doświadczenia. Dopiero w tym roku zabraliśmy się z powrotem do stosowania tej metody, a wyniki, jak na początek, zdają się rokować jaknajlepsze nadzieje. Zastraszające szerzenie się gruźlicy wśród naszego społeczeństwa nadarza codziennie prawie sposobność zetknięcia się z gruźlicą kręgosłupa. Dlatego też metoda ta, stosunkowo tania, bo z tem głównie liczyć się musimy, metoda, która pozwala po 6 tygodniach chorego wypuścić ze stałej opieki lekarskiej, powinna znaleść jaknajszersze zastosowanie. (Autoreferat).

5) Kol. Kazimierz Jaworski przedstawił dwa przypadki **przetok kałowych**, powstałych w następstwie postrzałów jamy brzusznej. Przypadek jeden tyczy się jelita biodrowego, drugi pętli esowatej. Obydwa przypadki były leczone w klinice chirurgicznej przez wykluczenie uszkodzonej pętli jelita założeniem anastomozy między pętlą doprowadzającą a odprowadzającą. Jestto pierwszy akt leczenia tego rodzaju przetok. W akcie drugim, po upływie 4—6 miesięcy, następuje albo zaszycie przetoki od zewnątrz, o ile przetoka jest niewielka, lub też resekcya uszkodzonej pętli jelita. Leczenie to jest więc rozłożone na dwa zabiegi operacyjne, w przeciwstawieniu do typowych resekcyi jelita, wykonywanych z powodu innych spraw chorobowych, gdzie anastomozę i resekcyę wykonuje się jednoczasowo. Postępowanie dwuczasowe znajduje swoje usprawiedliwienie w ogólnym stanie chorych z uszkodzeniem postrzałowem przewodu pokarmowego. — Niebezpieczeństwo takiego postrzału leży nietylko w zapaleniu otrzewnej lub uszkodzeniu naczyń krwionośnych, lecz i w dalszych następstwach, jak ropień i ropowica kałowa, niedrożność jelit i zapalenie miedniczek nerkowych, powstające często drogami krwionośnemi lub limfatycznemi. Zwłaszcza utrudnienie przesuwania treści jelitowej jest dosyć częstem następstwem postrzałowego uszkodzenia jelit. Przy zabiegach operacyjnych, wykonywanych z powodu przetok kałowych, postrzałowego pochodzenia, prawie z reguły spostrzegano rozdęcie i przerost roboczy pętli doprowadzającej. Dzieje się to wskutek zagięcia i zrostów pętli uszkodzonej. — Co się tyczy rokowania w takich przypadkach, to jest ono poważne. W klinice chirurgicznej było operowanych w powyższy sposób 7 przypadków, z czego dwa skończyły się śmiertelnie. Prof. Sauerbruch oblicza śmiertelność z powodu późnych następstw postrzałów brzucha na 18—20%, Roth zaś na 29%.

6) Kol. Kazimierz Jaworski przedstawił przypadek **uszkodzenia postrzałowego odbytnicy**, która została odstrzelona i cofnęła się w głąb. Jednocześnie została uszkodzona część błoniasta cewki. Mocz i kał wylewał się do wspólnej jamy, wytworzonej przez pocisk. Rana, wskutek zanieczyszczenia kałem silnie zakażona, nie okazywała skłonności do gojenia się. Z tego też głównie względu wytworzono odbyt sztuczny w okrężnicy poprzecznej. Rana się oczyściła i poczęła ziarnkować. Z powodu wytworzenia się blizny zwężającej w cewce, wykonano w drugim akcie leczenia uretrotomię zewnętrzną, oraz wypreparowano cofniętą kiszkę, ściągnięto ją w dół i przyszyto do brzegów rany. Po szeregu miesięcy zamknięto odbyt sztuczny. Pomimo rozległego uszkodzenia cewki i odbytnicy czynność i drożność obu są zachowane. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiali koledzy Hładij i Michejda.

7) Kol. Hładij przedstawił a) przypadek **tętniaka postrzałowego tętnicy udowej**, który powstał w rok po postrzale i omówił porównawczo przypadki tego rodzaju, opisane w literaturze. W danym przypadku założono szew naczyniowy na otwór 2 cm długi a 3 mm szeroki, znajdujący się w górnej części tętnicy udowej tuż pod więzadłem pachwinowem. Szwy zakładano w odległości 1½—2 mm od siebie. H. podkreśla ten szczegół i zaznacza, że szew gęsto założony na naczyniach jest mniej pewny, niż szew rzadki. W tym przypadku zużyto worek tętniaka przez kulisowate zeszycie worka dla wzmocnienia miejsca zaszytego w tętnicy. W przypadku tym powstała zgorzel palca dużego, mimo, że światło naczynia przez szew nieznacznie tylko było zwężone. Przypadek ten jest jaskrawym dowodem korzyści, jakie przynosi szew naczyniowy.

b) Przypadek **złamania obojczyka**, leczonego opatrunkiem gipsowym w rotacyi ramienia na zewnątrz, tak aby oś podłużna przedramienia, zgiętego w łokciu, przebiegała równolegle do osi poprzecznej ciała (boczno-bocznej). Opatrunkiem tym uzyskuje się zupełne rozciągnięcie odłamków, dobre ich położenie względem siebie i ustalenie w tem położeniu.

c) Dalej przedstawia kol. H. oficera rosyjskiego z **postrzałem splotu barkowego**, u którego w następstwie blizny wytworzyły się nerwobóle, odbierające sen, tak że od lipca do dnia dzisiejszego chory ten bez dużych dawek narkotyków nie usypiał. Przy zabiegu operacyjnym stwierdzono, że korzonki nerwowe od C IV do C VII wrośnięte były przy otworach międzykręgowych częścią w bliznowatą tkankę łączną, częściowo w wybujałą kostninę. Bliznę i kostninę wycięto, a dla zapobieżenia powstaniu nowej blizny wszczepiono tkankę tłuszczową, wziętą z uda tegosamego osobnika. Jeszcze tegosamego dnia popołudniu zauważyć się dała poprawa, nerwobóle w ręce ustąpiły, zwłaszcza bardzo przykre stałe uczucie rozpalonego żelaza w dłoni. Chory przestał używać środków usypiających, stał się rozmownym i miłym dla otoczenia towarzyszem.

d) Następnie przedstawił kol. H. przypadek **gruźlicy nerki** u chorego, który cierpiał na to schorzenie, jak z wywiadów stwierdzić można, przez lat 14. Dopiero w klinice chirurgicznej stwierdzono rozległą gruźlicę pęcherza w następstwie gruźlicy lewej nerki z bezwiednem oddawaniem moczu. Operacyjnie usunięta nerka okazała się jedną wielką torbą, pełną mas serowatych. H. omawia na podstawie dostępnej mu literatury znaczenie mimowolnego oddawania moczu w przypadkach gruźliczego schorzenia pęcherza i podkreśla, że objaw ten, mimo udałego zabiegu operacyjnego, w 73% przypadków utrzymuje się nadal, nawet mimo miejscowego leczenia pęcherza. Jedyną racyonalną metodą zapobieżenia mimowolnemu oddawaniu moczu jest wczesne rozpoznanie gruźlicy nerki i jej operacyjne leczenie.

e) W końcu przedstawił kol. H. przypadek **plastyki prącia** po ranie postrzałowej. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierał głos kol. doc. Borowiecki.

Dr Michejda, zast. sekr. dorocznego.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

W sprawie taryfy za czynności sądowolekarskie. Na liczne zapytania lekarzy zawiadamia Izba lekarska wschodnio-galicyjska, że w sprawie podwyższenia taks sądowolekarskich Wydział Izby wniósł dnia 22. lipca 1916 imieniem wszystkich Izb, za pośrednictwem Wydziału wykonawczego Izb, do Ministerstwa sprawiedliwości memoryał, żądający prowizorycznego podwyższenia o 100% taryfy sądowolekarskiej w sprawach karnych. Prezydent Izby poruszał następnie tę sprawę kilkakrotnie na konferencyach Prezydentów Izb w Wiedniu i prosił o jej załatwienie w Ministerstwie. Dnia 14. XI. 1917 wniosła Izba, również za pośrednictwem Wydziału wykonawczego, ponaglający memoryał do Ministerstwa sprawiedliwości, odnosząc się równocześnie do wszystkich Izb z prośbą o poparcie starań w tej, zdaniem naszej Izby, tak ważnej i nie zasługującej na zwlekanie sprawie. Do tego memoryału przyłączyła się zaraz Izba zachodniogalicyjska. Wskutek tych starań zawiadomił Izbę Wydział wykonawczy, że przedłożył Ministerstwu sprawiedliwości obszerny memoryał, a na audyencyi w d. 24. listopada otrzymał od P. Ministra i od referenta, szefa sekcyi Dr Bratuscha, przyrzeczenie gorącego zajęcia się sprawą, przyczem obaj uznali słuszność i konieczność uregulowania względnie podwyższenia taryfy. Oprócz tych starań niektóre Izby, a między niemi i Izba wschodnio-galicyjska zainteresowała tą sprawą posłów do Rady państwa, prosząc ich o poparcie tak słusznych życzeń ogółu lekarzy u odnośnych czynników. Wydział Izby pozwala sobie wyrazić nadzieję, że te długie i konsekwentne starania przecież odniosą swój skutek.

Ułatwienia paszportowe dla lekarzy w Galicyi. Z c. k. Namiestnictwa otrzymała Izba lekarska we Lwowie pismo następujące: »Na pismo z dnia 17. września 1917, L. 617 zawia-

damia się Szanowną Izbę, że c. k. Namiestnictwo wydaje jednocześnie Starostwom, położonym w ściślejszym terenie wojennym, polecenie, aby prośby lekarzy praktykujących o wydanie legitymacyi do podróży w obrębie tego terenu w celu odbywania praktyki załatwiały z możliwym pośpiechem i życzliwie, stosując się do przepisów c. i k. Naczelnej Komendy armii Q 1000 ex 1917, których jeden egzemplarz dołącza się. Odnośne przepisy, które muszą być ściśle przestrzegane, mieszczą się na stronicy 37—40. Co do podwód zauważa się, że przymusowe dostarczenie ich dla lekarzy praktykujących nie jest w obowiązujących obecnie przepisach przewidziane, zatem może tylko w drodze dobrowolnej umowy nastąpić, c. k. Namiestnictwo zaleca jednak także Starostwom, aby w uzyskaniu podwód w dobrowolnej drodze szły lekarzom na rękę«.

W sprawie podwyższenia dyet i kosztów podróży wniosła Izba lekarska wschodnio-galicyjska memoryał do Wydziału krajowego ze względu na szczepienie ospy, a do Namiestnictwa ze względu na czynności lekarzy epidemicznych. Izba wykazuje, że dyety za szczepienie już przed wojną były za nizkie (7 kor. dla lekarzy wolno praktykujących, a 6 kor. dla lekarzy szpitalnych i okręgowych), a obliczanie kosztów podróży tak, jakby podróż dla szczepienia odbywała się naraz w porządku topograficznym, wcale nie odpowiadało rzeczywistości i często było połączone z krzywdą lekarzy. Obecnie zaś w czasię wojny koszta podwód tak wzrosły, że lekarz musiałby przy dawnych normach obliczania — jeszcze do swej pracy dopłacać. Żąda więc Izba podwyższenia dyet za szczepienie o 100%, oraz obliczania kosztów podróży na zasadzie faktycznie przebytej drogi z każdodziennym powrotem do miejsca zamieszkania. Zupełne podobnie, jak sprawa należytości za szczepienie, przedstawia się sprawa należytości za komisye epidemiczne. Jako przykład przytacza Izba, że za całodzienną (8—9 godzin) komisyę otrzymuje dziś lekarz wraz z kosztami podróży 19 kor. 80 h, a za samą furmankę musi zapłacić 30 do 40 koron! Toteż lekarze uchylają się od komisyi, a sprawa zwalczania epidemii nadzwyczaj przez to cierpi. Żąda więc Izba lekarska podwyższenia należytości za komisye epidemiczne o 100%, podwyższenia cennika kosztów podróży o 100%, wreszcie dostarczania przez władze »in natura« podwody, jeżeli jej lekarz sam dostać nie może.

Uzupełnienie w sprawie 50-lecia Towarzystw lekarskich w Galicyi.

Szereg prezesów Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, przytoczony w artykule wstępnym w Nr. 48, należy uzupełnić opuszczonem wskutek pomyłki korektorskiej nazwiskiem prymaryusza Dr Wilhelma Piska. Przewodniczył on Towarzystwu lwowskiemu w r. 1908, w tym właśnie czasie, gdy toczyły się ważne rokowania, zakończone złączeniem się Towarzystw; był to rok, odznaczający się także ożywionym ruchem naukowym, gdyż posiedzeń naukowych Towarzystwa lwowskiego odbyło się w tym roku 24. W tym też roku po raz pierwszy pojawiły się obszerne sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa w »Wiener klinische Wochenschrift«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 12. XII. posiedzenie, na którem prof. Latkowski przedstawił chorych, leczonych z pomyślnym wynikiem wstrzykiwaniami mleka, oraz przypadek gorączki na tle zmian kiłowych w układzie ośrodkowym, Dr Raczyński przedstawił nowy sposób barwienia preparatów z krwi, a doc. Mayer mówił o zastosowaniu termojonizacyi do wytwarzania promieni Roentgena, przedstawił szereg zdjęć, dokonanych w ten sposób, a następnie przypadek mięsaka, leczony promieniami Roentgena. W dyskusyach przemawiali: Prof. Jaworski, Gliński, Dr Marcisiewicz, doc. Seńkowski, Zubrzycki, Dr Laskiewicz i prelegenci. (Zapowiedziany wykład doc. Nowaczyńskiego z powodu późnej pory odłożono na następne posiedzenie, które się odbędzie d. 19. XII. również w klinice chorób wewnętrznych).

Na temże posiedzeniu dokonano wyborów Zarządu Towarzystwa na rok 1918. Tegoroczny prezes że względu na zdrowie nie przyjął ponownego wyboru. Prezesem został wybrany prof. Dr Krzyształowicz, wiceprezesem Dr Damski, sekretarzem dorocznym Dr Michejda, bibliotekarzem (na 3 lata) ponownie Dr Blassberg, sekretarzem stałym (na 3 lata) ponownie prof. Dr Nitsch. Pozostają na urzędach do końca trzechletnich kadencyi: administrator i redaktor »Przeglądu lekarskiego« (do końca 1918), skarbnik i gospodarz domu (do końca 1919). Dalej została wybrana Komisya rewizyjna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; radca Dr T. Piotrowski, Dr Z. Wachtel (senior); Komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego«: Dr Blassberg, prof. Browicz, prof. Krzyształowicz, prof. Majewski, prof. Rutkowski; przewodniczący Komisyi słownikowej: prof. Browicz; delegaci do Rady zawiadowczej Tow. lekarzy gal.: prof. Browicz, prof. Ciechanowski; delegat do Komisyi rewizyjnej Tow. lekarzy gal.: prez. Dr Schoengut; delegaci na Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy gal.: Dr Akerman, Dr Berezowski, prof. Ciechanowski, prez. Dr Damski, doc. Dr Janiszewski, prof. Dr Kostanecki, Dr Kwaśnicki, dyr. Dr Lang, prym. Landau J. (sen.), prez. Dr Schoengut, Dr Surzycki; zastępcy delegatów na Walne Zgromadzenie: Dr Służewski, prof. Majewski, radca Dr T. Piotrowski, prym. Z. Wachtel (senior), Dr Wojciechowski.

Z różnych stron. Towarzystwo im. Senckenberga (Senckenbergische Naturforschende Gesellschaft) we Frankfurcie n. M. (Viktoria-Allee 7) ogłasza konkurs z fundacyi Oscar-Löw-Beera na najlepszą pracę o biochemicznych przyczynach nowotworów złośliwych. Prace konkursowe mają być przedkładane już wydrukowane lub gotowe do druku. Nagroda w kwocie 15.000 marek (która może być podzielona na dwie) przyznana zostanie 22. listopada 1920. Ubiegający się o nagrodę mają się zgłaszać jaknajwcześniej; ci, którzy prowadzą badania, rokujące dobry wynik, mogą od 1. IX. 1918 uzyskać roczne zasiłki na badania aż do 5000 marek.

— Z d. 1. stycznia 1918 ma być otwarty w Sofii bułgarski Wydział lekarski. Profesorów niektórych przedmiotów, aż do wykształcenia sił własnych, zaprosi Uniwersytet sofijski z zagranicy, ale muszą oni wykładać po bułgarsku. Liczba słuchaczy ma być na razie ograniczona.

Pojawiły się też dążenia do założenia Wydziału lekarskiego w Zagrzebiu.

Powstanie dwu ognisk nauki lekarskiej w południowej Słowiańszczyźnie, dotąd pozbawionej Wydziału lekarskiego, będzie faktem nader doniosłym i budzić musi szczerą radość.

Zmarli: Dr Józef Poznański, uczestnik powstania r. 1863, w 77 r. ż. w Warszawie; Dr Teodor Heiman, autor licznych prac z zakresu otyatryi, w Warszawie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. grudnia** o godz. 6 wieczór w sali wykładowej **kliniki chorób wewnętrznych**. Na porządku dziennym wyłącznie wykład doc. Dr Nowaczyńskiego: »Nowoczesne sposoby badania i poglądy na zapalenie nerek« i dyskusya.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 51. Kraków, 22. grudnia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 22 grudnia 1917. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

REKTOR BRUDZIŃSKI

Jakiekolwiek miejsce wyznaczy historya Józefowi Brudzińskiemu w nieukończonym jeszcze przełomie losów Narodu, — w naszej pamięci zostanie On przedewszystkiem, jako jeden z najznakomitszych polskich pedyatrów i jako pierwszy Rektor odrodzonej Szkoły Głównej.

Imię Jego będzie wymieniane obok Rektora Śniadeckiego, obok Rektora Mianowskiego. I zasłużenie. Był polskiej Wszechnicy warszawskiej włódarzem mądrym i doskonałym, a w niejednem odnowicielem. Byłby tym włódarzem został w każdym razie, czyby się do losów Wszechnicy mieszała, lub nie, ręka cudza. Nie z niej brał berło rektorskie. Oddała Mu je wola ogółu; to zaufanie wypracował sobie całem swem życiem.

To życie było męskiem dążeniem do najwyższych celów, do oddania się służbie dla nauki i społeczeństwa. Na swej drodze spotykał Brudziński dużo przeszkód; zwalczała je Jego niepospolita zdolność twórcza, niezłomna wola, wielka pracowitość.

Urodzony w Bolewie w Płockiem w r. 1874, szkoły średnie kończył w Warszawie, nauki lekarskie przeszedł w Dorpacie i w Moskwie, gdzie też uzyskał dyplom lekarski w r. 1897. Poświęciwszy się pedyatryi, pracował w klinice krakowskiej prof. Jakubowskiego, grackiej prof. Eschericha, paryskich prof. Granchera, Marfana i Hutinela. Wracał do kraju w r. 1900 uzbrojony we wszystkie nowoczesne zdobycze wiedzy, ale nie gubiący się w drobiazgach, z nieosłabłym wielkim talentem klinicysty. Wracał, spragniony własnego warsztatu, pełen zapału do samodzielnej pracy naukowej i nauczycielskiej. Zrazu pracuje w Warszawie w Domu wychowawczym przy szpitalu Dzieciątka Jezus; dopiero w r. 1904, od objęcia kierownictwa szpitala dla dzieci im. Anny-Maryi w Łodzi, zyskuje warunki dla spełnienia części przynajmniej swych planów. I oto szpital Jego staje się nietylko wzorem urządzeń, ale, co ważniejsza, wzorem organizacyi szpitala; staje się ogniskiem niezmiernie żywego ruchu lekarskiego, oddziałującego daleko poza granice szpitala i miasta. Tu kształci się pierwszy zastęp uczniów Brudzińskiego, dzisiaj zaszczytnie znanych w piśmiennictwie swojskiem i obcem, kierujących szpitalami dziecięcymi w innych miastach Królestwa; stąd wychodzi szereg sumiennie opracowanych rozpraw kierownika i jego współpracowników; tu zawiązuje się pierwsza w Polsce Sekcya pedyatryczna przy Towarzystwie lekarskiem; tu rodzi się pomysł założenia osobnego czasopisma pedyatrycznego polskiego, którego Brudziński jest twórcą, duszą i główną podporą; stąd przedewszystkiem wyrusza pedyatrya polska na turniej międzynarodowy, wywalczając na Zjazdach pedyatrycznych odrębną sekcyę polską. Ale środowisko łódzkie pragnie Brudziński zamienić na inne, bardziej sprzyjające pracy naukowej. Była chwila, że po ustą-

pieniu profesora Jakubowskiego z katedry pedyatryi w Krakowie wchodził Brudziński bardzo poważnie w rachubę. Gdy to minęło, gotów jest rzucić swe dzieło, szpital łódzki, wyrzec się korzystnych warunków materyalnych, byle zbliżyć się do Uniwersytetu, byle zadość uczynić wewnętrznemu swemu powołaniu: badania i nauczania. Ale i te zamiary nie miały się spełnić, — nie z winy Brudzińskiego.

Tymczasem dla Jego niepospolitego talentu organizacyjnego i nauczycielskiego otwarło się pole gdzieindziej, w Warszawie. Poraz drugi przychodzi Brudzińskiemu tworzyć szpital dla dzieci, a teraz, rozporządzając wielkoduszną ofiarą całego majątku fundatorki, oparty na nabytem doświadczeniu, stwarza instytucyę pod każdym względem doskonałą, przodującą nietylko w Polsce, ale w niejednem przewyższającą nawet kraje zachodnie. I poraz drugi zakłada Brudziński w swoim szpitalu istotną »szkołę« kliniczną, współzawodniczącą z zagranicznemi, a spojoną ze swym twórcą węzłem niecodziennego wzajemnego przywiązania i szacunku.

Począwszy od r. 1899 ogłasza Brudziński liczne prace naukowe po polsku, po francusku i po niemiecku; liczba ich dochodzi stu, liczba prac Jego uczniów jest jeszcze większa. Wśród prac Brudzińskiego pierwsze miejsce zajmują badania nad chorobami trawienia oraz nad pewnymi objawami w układzie nerwowym, które Brudziński pierwszy spostrzegł i opisał i które dziś w piśmiennictwie europejskiem są pod Jego nazwiskiem znane.

Wśród tej pracy zaskoczył Brudzińskiego wybuch wojny, ulżenie, a potem opadnięcie kajdan, w których zakute było społeczeństwo. A skoro tylko rozpoczęło ono budowę swej przyszłości, stanął Brudziński natychmiast do apelu, składając na fundament odrodzonej Wszechnicy zasób swych bystrych spostrzeżeń, surową, ale uzasadnioną nacechowanych krytyką, w postaci doskonale przemyślanego planu organizacyi Uniwersytetu. Powołano Go zatem do budowy tej Szkoły Głównej, a oceniając coraz lepiej Jego wybitne zdolności, szeroki pogląd, niespożytą energię i dzielny charakter, oddano Mu wreszcie — ku chlubie lekarzy polskich — i ster całej tej sprawy. Fala wydarzeń wyniosła wtedy Rektora Brudzińskiego na naczelne stanowiska: działalność Jego, jako prezesa Rady miejskiej warszawskiej, jako przodownika tych, którzy w najcięższych chwilach dźwigali odpowiedzialność za całe społeczeństwo, w świeżej jeszcze tkwi pamięci. Spełniał tutaj to, co uważał za obowiązek Polaka. Spełniwszy, nie szukał władzy, ni zaszczytów; chciał powrócić do cichej pracy uczonego, lekarza i nauczyciela, którą uważał za swe właściwe powołanie, a chciał powrócić, dopóki jeszcze, stojąc w zenicie sił, mógł wszystkie siły oddać tym zadaniom.

Los inaczej rozstrzygnął.

Temu, który wiódł społeczeństwo do progu lepszej przyszłości, nie było dano już tego progu przestąpić.

Tragiczne przeznaczenie złączyło Go z tymi, o których mówi wieszcz:

».... dźwigali ciężkich krzyżów brzemię
»widzieli zdala obiecaną ziemię
»widzieli światło niebieskich promieni«
. . . .
»lecz sami do tych nie wejdą przestrzeni«

Ale On — **nie** będzie zapomniany. C.

Z miejskiej Pracowni bakteryologicznej w Łodzi.

O sero-chemicznym odczynie Brucka jakoby swoistym dla kiły i o jego wartości

podała

Kazimiera Sterlinżanka.

Ponieważ odczyn Wassermanna[1]) wymaga wielu warunków technicznych, które, zwłaszcza w obecnych czasach wojennych, dość trudno wypełnić, oraz nastręcza, nawet dla doświadczonego serologa, wobec wahań biologicznych różnych składników niekiedy pewne wątpliwości, przeto Bruck, podobnie jak Klausner, Kämmerer i inni, próbował

[1]) Pomimo dziesięcioletnie zastosowanie i niewątpliwą wartość praktyczną, dziś jeszcze toczy się polemika pomiędzy twórcą odczynu Wassermannem, a Hellerem, Friedbergerem i innymi co do istotnej wartości tego odczynu. Patrz Berl. klin. Woch. 1917.

na drodze chemicznej określić ciała swoiste, zawarte w surowicy chorych na przymiot. Na początku roku bieżącego ogłosił Bruck prosty odczyn, polegający na strącaniu kwasem azotowym ciał białkowych (Säurealbuminate), znajdujących się w nadmiarze w surowicy chorych na kiłę i trudno rozpuszczalnych w wodzie. Technika odczynu jest następująca: Do 0,5 — wzgl. 0,3 cm^3 — surowicy badanej (czynnej lub unieczynnionej), rozcieńczonej w dużej, wysuszonej i wyjałowionej probówce 2 cm^3 wody przekroplonej, dodaje się 0,3 cm^3 kwasu azotowego (o ściśle oznaczonym ciężarze gatunkowym = 1,149, t. j. 100 gr = 24,77 HNO_3, a 100 cm^3 = 28,48 HNO_3). Po wstrząsaniu surowica pozostaje dokładnie przez 10 minut pod działaniem kwasu. Po upływie tego czasu dodajemy 16 cm^3 (o ile użyliśmy 0,5 cm^3 surowicy) lub 14 cm^3 (o ile użyliśmy 0,3 cm^3 surowicy) wody przekroplonej i ponownie wstrząsamy; po upływie 10 minut ponawiamy wstrząsanie. W probówkach z surowicami chorych na kiłę powinien po upływie 30 minut — względnie 12 godzin [2]) osadzić się na dnie probówki większy lub mniejszy osad, w probówkach z surowicami normalnemi, lub z surowicami chorych na inne cierpienie, płyn powinien być przeźroczysty, lub słabo opalizować. Bruck zbadał 200 surowic kiłowych i 200 prawidłowych. Wyniki tych badań były zupełnie zgodne z rozpoznaniami klinicznemi, a w większości przypadków z wynikami odczynu Wassermanna. Jedynie w poszczególnych przypadkach (5) odczyn Brucka wypadł dodatnio z surowicami chorych gorączkujących.

Odczyn Brucka, dzięki swej niezmiernie prostej technice i możności szerokiego zastosowania w praktyce, zainteresował świat lekarski i wkrótce po ukazaniu się pracy oryginalnej pojawił się cały szereg badań, mających na celu sprawdzenie nowego odczynu. Niestety, badania poniżej przytoczonych autorów, zarówno jak i doświadczenia nasze własne, dowodzą, że odczyn Brucka nie stoi na wysokości zadania.

Schmitz, na zasadzie badań dokonanych ze 160 surowicami, gdzie tylko w 76 przypadkach wyniki zgodne były z wynikami odczynu Wassermanna — przyczem często przy ujemnym wyniku odczynu Wassermanna, odczyn Brucka wypadał wybitnie dodatnio — dochodzi do wniosku, że odczyn Brucka, w tej postaci, w jakiej go Bruck podaje, stosowany być nie może. Kämmerer jest podobnego zdania; podciąga on odczyn Brucka pod kategoryę badań (Klausnera, Noguchiego, Nonnego, Eliasa i innych), mających na celu strącenie nadmiaru globuliny w surowicach kiłowych. Na podstawie 84 zbadanych surowic autor ten odmawia swoistości omawianemu odczynowi. Weichbrodt skontrolował odczyn Brucka na 40 surowicach i również odmawia mu swoistości.

R. Müller zbadał odczyn Brucka w 84 surowicach (38 kiłowych i 46 niekiłowych). Wyniki otrzymał następujące:

	Odczyn Wassermanna			Odczyn Brucka		
	++	+	—	++	+	—
Kiła objawowa	18	—	—	11	4	3
Kiła ukryta	7	9	4	3	3	14
Sur. prawidłowe	—	—	46	10	2	34

Autor ten dochodzi do wniosku, że odczyn często wypada dodatnio u gruźliczych, ujemnie zaś w przymiocie, szczególniej leczonym, gdzie odczyn Wassermanna wypada dodatnio. Pöhlmann twierdzi, że odczyn Brucka nie idzie równolegle z odczynem Wassermanna. Twierdzenie swe opiera Pöhlmann na podstawie 70 surowic chorych na przymiot i 130 chorych na choroby skórne.

[2]) Zaznaczyć tu należy, że o zalecanem przez Brucka odczytywaniu wyników po upływie $^1/_2$ godziny mowy być nie może; ażeby osad opadł wyraźnie na dno probówki, potrzeba najmniej 12 godzin.

Po przeczytaniu pracy Brucka postanowiliśmy sprawdzić swoistość odczynu na pewnej liczbie surowic, nadsyłanych nam do badania sposobem Wassermanna, oraz na surowicach, pochodzących od chorych gorączkowych (dur plamisty). Ogółem dokonaliśmy badań ze 100 surowicami, w czem 88 było przysłanych do badania sposobem Wassermanna, a 12 surowic chorych na dur plamisty. Z tej drugiej kategoryi w 2 surowicach odczyn Brucka wypadł dodatnio. Co się zaś tyczy surowic, badanych metodą Wassermanna i metodą Brucka, to wyniki widoczne są z następującego zestawienia:

Wybitnie dodatni odcz. Wass.	15	Dodatni odcz. Brucka	3
Słabo dodatni „ „	16	„ „ „	6
Ujemny „ „	57	„ „ „	15

Zgodnie z ujemnymi wynikami odczyn Wassermanna i odczyn Brucka wypadł ujemnie w 42 przypadkach na ogólną sumę 57 ujemnych wyników odczynu Wassermanna. A więc na 100 badanych przypadków wyniki odczynów były zgodne w 51%. Wobec takiej rozbieżności musimy zgodnie z wynikami innych autorów dojść do wniosku, że odczyn Brucka w tej postaci, w jakiej go zaleca autor, mimo najściślejsze zachowanie wymaganych przezeń warunków nie daje wyników zadowalających — praktycznego zastosowania mieć nie może.

Piśmiennictwo. 1. C. Bruck. Münch. m. W. Nr. 1. 1917. 2. Schmitz. Mün. m. W. Nr. 7. 1917. 3. Kämmerer. Feldärztl. Beilage zur Münch. m. W. Nr. 8. 1917. 4. Weichbrodt. Tamże. 5. R. Müller. Münch. m. W. Nr. 9. 1917.

Już po napisaniu tej notatki ukazały się dwie prace Schindlera (Deut m. W. Nr. 15 1917) i Hauptmanna (tamże Nr. 16), w których autorzy również odmawiają swoistości omawianemu odczynowi.

Z c. k. szpitala polowego.
(Komendant: Dr Steinmetz, lekarz pułkowy).

O gorączce wołyńskiej

podał

Dr Tadeusz Tempka,

starszy lekarz.

(Dokończenie).

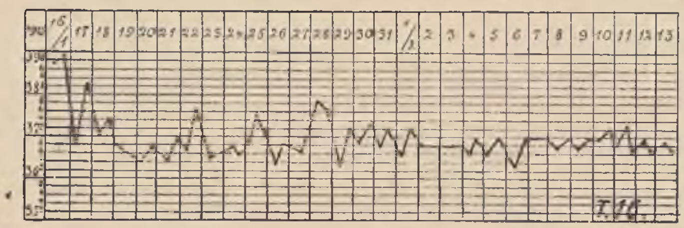
Rozpoznanie napadowej postaci gorączki wołyńskiej należy do wdzięcznych zadań; inaczej natomiast przedstawia się sprawa rozpoznania różniczkowego postaci durowatej i poronnej. Obecność w pierwszej odmianie postaci durowatej typowych napadów ułatwia znacznie rozpoznanie, ale mimo to musimy tutaj przez dokładne kilkakrotne badania bakteryo-serologiczne wykluczyć dur brzuszny, który u osób, szczepionych kilkakrotnie szczepionką durową, może przybierać postacie zupełnie odmienne od tych, które zwykliśmy byli widzieć przed wojną u osób nieszczepionych. Jeszcze bardziej tyczy się to drugiej odmiany postaci durowatej o cechach gorączki septycznej. Tutaj będziemy mogli przyjąć, że mamy do czynienia z atypową postacią gorączki wołyńskiej, jeżeli wykluczymy dur, paratyfus i wogóle obecność we krwi wszelkich znanych nam dotychczas drobnoustrojów. Za gorączką wołyńską przemawiać będzie następnie zachowanie się krwi, to znaczy wzmożenie się, w przeciwieństwie do duru i paratyfusu ilości krwinek białych ponad 10.000 w 1 mm^3 i neutro,

filia, a nadto znikanie w obrazie krwinek białych, idące równolegle do fali ciepłoty. Dalszem poparciem naszego rozpoznania będą silne bóle piszczeli, zwiększające się pod wieczór, wreszcie obecność typowych przypadków w otoczeniu takich chorych.

Daleko większe jeszcze trudności piętrzą się przy rozpoznaniu postaci poronnej. O ile jeszcze jesteśmy w możności objąć naszą obserwacyą ów krótki, początkowy okres z napadami, o którym wyżej mówiłem, mamy zadanie znacznie ułatwione; natomiast jeżeli mamy przypadek bez tego okresu napadowego, lub też, co najczęściej bywa, gdy chory dostaje się w nasze leczenie już po jego przebyciu, musimy być bardzo ostrożni w rozpoznawaniu, albowiem istnieją i inne stany chorobowe, mające wielkie podobieństwo do omawianego tutaj obrazu. Może tu wchodzić w rachubę naprzód urazowe zapalenie okostnej piszczeli (periostitis traumatica tibiarum), postać chorobowa, znana lekarzom wojskowym jeszcze z czasów pokojowych. Wskutek nadmiernych wysiłków mięśni goleni (uciążliwe marsze, wilgoć, ucisk obuwia i kamaszy i t. d.), a więc przedewszystkiem u piechura, wytwarza się w tych przypadkach przez ciągłe niejako targanie okostnej piszczeli, wywołane skurczem mięśni, przyczepiających się do niej, naprzód podrażnienie, a następnie stan zapalny okostnej. Wyrazem zapalenia jest obrzmienie tak okostnej, jak i leżącej nad nią skóry; ciastowaty ten obrzęk znajduje się najczęściej w obrębie środkowej części piszczeli, ale może i całą jej długość zajmować; skóra nie jest zaczerwieniona. Przy obmacywaniu kości czujemy mniej lub więcej ograniczone, płaskie zgrubienia okostnej, bardzo bolesne przy ucisku; także i samoistne bóle w piszczelach są bardzo dokuczliwe. Przejściowe wzniesienia podgorączkowe nie należą do rzadkości, natomiast ogólne objawy, jak bóle głowy, osłabienie, obrzęk śledziony, nie stanowią wcale istoty choroby i są tylko przypadkowym dodatkiem. Przebieg tego cierpienia rozkłada się na całe tygodnie i jest bardzo uporczywy (Franz [25]) i Groth [26]). Czynnikiem rozstrzygającym w rozpoznaniu będzie z jednej strony stwierdzenie zapalenia okostnej, którego nie ma w gorączce wołyńskiej, z drugiej zaś strony zupełnie prawidłowe zachowanie się obrazu krwi przy tem urazowem zapaleniu okostnej, które jest cierpieniem czysto miejscowem; natomiast przy gorączce wołyńskiej długo wlokące się wzniesienia podgorączkowe, szereg objawów ogólnych, zwłaszcza zaś zachowanie się krwi, t. zn. wzmaganie się liczby krwinek białych i neutrofilia — wskazują, że ustrój znajduje się pod wpływem jakiegoś czynnika zakaźnego.

W ostatnich czasach zwrócił uwagę R. Stephan [23]) na pewną postać przewlekłego zakażenia paratyfusem B, która okazuje podobieństwo do poronnej gorączki wołyńskiej. Na podstawie dużego materyału, zebranego w polu, twierdzi Stephan, że tylko około 20% przypadków paratyfusu B przebiega pod znanemi nam dotychczas postaciami, t. zn. jako »paratyphus B abdominalis« i »gastroenteritis paratyphosa« (Schottmüller), reszta zaś, to jest około 80%, przybiera tę nową przewlekłą postać. Przyczyną tego ma być, oprócz wpływu na ustrój odmiennych warunków życiowych w polu, które mogą zmienić charakter każdego zakażenia, szczepienie ochronne przeciw durowi, przedewszystkiem zaś daleko większa sposobność w polu do bezpośredniego zakażenia. Nie jest bowiem obojętne, czy do ustroju dostaje się naraz wielka ilość prątków paratyfusu w pokarmach, z wytworzonymi już przedtem jadami (główny sposób zakażenia prątkami paratyfusu), czy też powstaje nieznaczne tylko zakażenie przez bezpośrednie zetknięcie się dwu osobników. Ta postać zakażenia paratyfusem B ciągnie się szereg tygodni; oprócz początkowych większych wzniesień ciepłoty (38° C. do 39° C.) następują potem drobne wzniesienia podgorączkowe, przedzielone mniej lub więcej długim okresem bezgorączkowym (zob. krzywa Nr 16). Oprócz ogólnych objawów, jak osłabienie, bóle i zawroty głowy, niedokrwistość, spotykamy tutaj obrzęk śledziony, przedewszystkiem zaś bardzo silne bóle piszczeli, będące następstwem zmian zapalnych okostnej i szpiku kostnego (periosto-osteomyelitis paratyphosa); obrzęk śledziony i bóle w kościach okazują pewne wahania w nasileniu. Obraz krwi przedstawia wybitne zmiany.

Krzywa Nr 16. (wzięta z pracy R. Stephana [23]).



Przewlekła forma zakażenia paratyfusem B; ze stolca jeden jedyny raz wyhodowano prątki paratyfusu B, natomiast hodowla krwi okazywała się zawsze ujemną.

Obraz krwi okazywał stale zmniejszenie się liczby krwinek białych poniżej 5.000, nadto limfocytozę na szkodę ciałek neutrochłonnych; krzywa aglutynin paratyfusu B wzrastała od 1:50 do 1:1600!

Ilość krwinek białych stale znacznie się zmniejsza, charakterystycznie dla zakażeń durowych, a nadto zmniejsza się ilość krwinek wielojądrzastych obojętnochłonnych na korzyść limfocytów; także i liczba krwinek czerwonych zmniejsza się. Rozpoznanie tej postaci paratyfusu B jest bardzo trudne i możliwe tylko przy użyciu badań bakteryo-serologicznych; wyhodowanie prątków paratyfusu B czy to ze krwi, czy też stolca lub moczu, jest w takich przypadkach nadzwyczaj rzadkie, tak, że należy prawie do wyjątków i wymaga całego szeregu badań. Jako rozstrzygający czynnik rozpoznawczy, zwłaszcza o ile chodzi o wykluczenie poronnej postaci gorączki wołyńskiej, pozostaje więc zachowanie się krzywej aglutynin, której wzrastanie przemawiać będzie za paratyfusem B, a nadto zmniejszenie się ilości krwinek białych; względne zwiększenie się liczby limfocytów kosztem krwinek obojętnochłonnych wielojądrzastych nie ma bezwzględnego znaczenia, gdyż także i w gorączce wołyńskiej obraz krwi wśród swoich wahań może okazywać limfocytozę (krzywa Nr 13).

Rokowanie w gorączce wołyńskiej jest z zasady dobre. Wspominane tu i ówdzie zapalenie nerek jest tak rzadkie, że nie wchodzi w grę. Choroba wlecze się niekiedy, — odnosi się to zwłaszcza do postaci durowatej i poronnej — całymi tygodniami, lecz ostatecznem zejściem jest wyzdrowienie. Niekiedy możemy zauważyć już po szeregu dni bezgorączkowych, mniej lub więcej wysokie, 1—2-dniowe wzniesienia gorączki, które należy uważać za rodzaj nawrotów; nawroty te nie mącą jednak rokowania. (Zob. krzywą Nr 9).

Czy przebycie gorączki wołyńskiej daje stałą lub też przemijającą odporność, trudno jest obecnie rozstrzygnąć ze względu na to, że cierpienie to jest nam znane dopiero od 2—3 lat. Powtórnych zakażeń, o ile mi dotychczas wiadomo, nie spostrzeżono.

Zapobieganie polega na dokładnem odwszawieniu tak samych chorych, jak i ich otoczenia; wynika to z epidemiologii tej choroby, zwłaszcza zaś z badań Töpfera i Jungmanna.

Co się tyczy leczenia, to musimy się przyznać, że nie mamy dotychczas żadnego swoistego środka; chinina, optochina, salicyl, aspiryna, pyramidon i t. d. łagodzą nieco bóle, natomiast nie mają żadnego wpływu na sam przebieg choroby, to znaczy nie wstrzymują następnych napadów; niekiedy okazują pewne działanie przetwory arsenowe (neosalwarsan i rozczyn Fowlera), jednakże i tu niema mowy o jakiemś swoistem działaniu. Ze środków miejscowych, mających za cel łagodzenie bólów, można użyć nacierania spirytusem kamforowym lub też zastosować przekrwienie bierne Biera; mimo to bardzo często musimy się uciekać

do morfiny i środków nasennych, aby umożliwić choremu sen w nocy.

W paru słowach chcę wspomnieć jeszcze o wyniku stosowanych przezemnie w celach leczniczych śródmięśniowych wstrzykiwań mleka. W postaci napadowej zastosowałem ten środek w 7 przypadkach, wstrzykując 1—3 razy w parodniowych odstępach 5—10 cm³ mleka. We wszystkich tych przypadkach uzyskałem wstrzymanie następnych napadów, a nadto ustąpienie bolów piszczeli, bardzo często już w kilka do kilkunastu godzin po wstrzyknięciu. Odczyn polegał jedynie na nieznacznem wzniesieniu ciepłoty; innych objawów nie zauważyłem (wpływu śródmięśniowych wstrzykiwań mleka na obraz krwi nie badałem) (krzywe Nr 5, 6, 7, 8). Oczywiście zarzucić można, że napady ustałyby i bez wstrzykiwań mleka, jednakże za dodatniem ich działaniem przemawia dobry wynik we wszystkich przypadkach, to znaczy tak wstrzymanie napadów, jak i ustąpienie bólów. W postaci poronnej uzyskałem w niektórych przypadkach również bardzo szybkie usunięcie bólów, w innych zaś skutek był mały lub też go wcale nie było. Zauważyć jednak trzeba, że gdy w postaci napadowej przedmiotowym wyrazem działania było ustąpienie napadów gorączki, to tutaj trzeba było polegać na ściśle podmiotowej ocenie samych chorych, którzy w swych bólach widzieli często środek, usuwający ich na dłuższy czas od służby w rowie strzeleckim. Nie mam bynajmniej zamiaru twierdzić na podstawie moich wyników, jakobyśmy we wstrzykiwaniach śródmięśniowych mleka mieli środek, działający skutecznie przynajmniej w postaci napadowej gorączki wołyńskiej; to może rozstrzygnąć dopiero cały szereg krytycznych spostrzeżeń. Chodziło mi tylko o zachęcenie innych do spróbowania tego łatwego w użyciu, taniego i wszędzie dostępnego środka.

Piśmiennictwo. 1) Prof. Dr H. Werner. Feldärztl. Beil. der Münch. med. W. Nr 4. 1917. — 2) Dr E. Apolant. D. med. W. Nr 49. 1916. — 3) Stiefler und Lehndorff. Med. Klinik Nr 34 1916. — 4) Jungmann und Kuczyński. D. med. W. Nr 12. 1917. — 5) M. Franke. Wien. kl. W. 1917. — 6) Korbsch. Deut. med. Woch. Nr 40. 1916. — 7) Schwinge. Deut. m. W. Nr 48. 1916. — 8) Sachs. Feldärztl. Beil. zur Münch. med. W. Nr 46. 1916. — 9) Scheube. Feldärztl. Beil. zur Münch. med. W. Nr 48. 1916. — 10) Thörner. Feldärztl. Beil. zur Münch. med. Woch. Nr 50. 1916. — 11) Frese. D. m. W. Nr 41. 1916. — 12) Jahn. D. m. W. Nr 41. 1916. — 13) His. Berl. kl. Woch. Nr 4. 1916.— 14) Becher. Feldärztl. Beil. zur Münch. med. W. Nr 48. 1916.— 15) Benzler. Berl. kl. Woch. Nr 12. 1919. — 16) Kraus und Citron. D. med. W. Nr 28, 1916. — 17) Grätzer. Wien. kl. W. Nr 10. 1916. — 18) Sittmann. Feldärztl. Beil. zur Münch. med. Woch. Nr 32. 1916. — 19) Buchbinder. Wien. kl. Woch. Nr 12. 1917. — 20) Töpfer. Feldärztl. Beil. zur Münch. med. Woch. Nr 42. 1916. — 21) Riemer. Feldärztl. Beil. zur Münch. med. Woch. Nr 3. 1917. — 22) Jungmann. Berl. kl. Woch. Nr 12. 1916.— 23) R. Stephan. D. med. W. Nr 48. 1916. — 24) Hildebrandt. Feldärztl. Beil. zur Münch. W. Nr 18. 1917. — 25) C. Franz. D. m. W. Nr 36. 1916. — 26) Groth. D. med. W. Nr 36. 1916.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Kazimierz Sosnowski. **Szkoła narodowa jako krzewicielka kultury zdrowotnej i energii twórczej.** Kraków 1917. Wydawnictwo Akademii handlowej. Stron 93.

Znaczenie szkoły dla przyszłości narodu nietylko pod względem umysłowego i moralnego, ale także fizycznego wykształcenia jest tak doniosłe, że problemy szkolne nie powinny żadnego lekarza pozostawić obojętnym, skoro dobry stan fizyczny całego narodu jest najwyższym celem zawodu lekarskiego. Stąd też należy się w piśmie lekarskiem wzmianka pracy prof. Sosnowskiego, dla której stosowniejszy byłby tytuł: »O szkolnem wychowaniu fizycznem«, to bowiem jest treścią rozprawki.

Rozprawka dzieli się dość wyraźnie na dwie części. W pierwszych dziesięciu rozdziałach obok podkreślenia z wielkim naciskiem, jak doniosłe jest wychowanie fizyczne, oraz treściwego zarysu historyi tej sprawy, znajdujemy krytykę obecnego jej stanu w Polsce. Część drugą stanowi program na przyszłość, ujęty w jeden rozdział (X), a podzielony na następujące punkta: 1) równomierny rozwój umysłu i ciała, 2) higiena, 3) gimnastyka sztuczna, 4) gimnastyka naturalna, 5) sporty i turystyka, 6) praca fizyczna, 7) ćwiczenia fizyczne w szkołach żeńskich, 8) nauczyciele gimnastyki, 9) lekarze szkolni, 10) władze zwierzchnicze.

Zarówno w krytycznej, jak w programowej części staje autor przeważnie na tem stanowisku, do jakiego doszli nasi najlepsi znawcy wychowania fizycznego. Podnieść należy, że autor, wysnuwając wnioski z rozmaitego materyału, zawartego w piśmiennictwie, stara się postępować ostrożnie, a ta rozwaga chroni go niejednokrotnie od popadnięcia w skrajność. Oczywiście obok poglądów, na które w zupełności pisać się można, zdarzają się w pracy prof. Sosnowskiego i takie, które należałoby jeszcze przedyskutować, jak n. p. pojęcie gimnastyki »naturalnej«, sprawę pracy fizycznej dochodowej i i., — jednak nie tu miejsce po temu. Na szczególne uznanie zasłużył sobie autor za silne podkreślenie wielkiej doniosłości fizycznych ćwiczeń i higieny w szkołach żeńskich, gdzie ta sprawa jest dziś wogóle w opłakanym stanie. Dla przeprowadzenia swego programu proponuje prof. Sosnowski osobny wydział wychowania fizycznego w ministerstwie oświaty, którego organami byłyby krajowi inspektorowie wychowania fizycznego.

Praca prof. Sosnowskiego budzi przez to szczególną sympatyę, że autor nie jest ani lekarzem, ani zawodowym nauczycielem gimnastyki; obok innych rozprawek z tego zakresu, ogłoszonych w ostatnich latach przez profesorów szkół średnich, dowodzi ona, że wychowanie fizyczne budzi coraz więcej zajęcia w kołach pedagogicznych. Ciechanowski.

Dr Karwacki, Dr fil. Bichniewiczówna i Janina Groerówna: **Etyologia i patogeneza gazówek.** Warszawa, 1916.

Autorom należy się wdzięczność za to, że zajęli się uporządkowaniem zagmatwanej sprawy beztlenowców chorobotwórczych. Jest to bowiem bezwątpienia najzawilszy rozdział bakteryologii. Oczywiście, że uporządkowanie musi wymagać dłuższego czasu i pracy niejednego fachowca.

Autorowie zbadali 35 szczepów, wyhodowanych przez siebie z różnych postaci »gazówek« u człowieka. Wojna dostarczała obficie materyału. Szczepy swoje zaliczają autorowie przeważnie do prątków obrzęku złośliwego i do prątków Fraenkla, które nazywają po polsku »otoczkowcami gazowymi«, a także do prątków gnilnych (bac. putrificus Bienstock). Inne wyhodowane szczepy zaliczają do czterech innych gatunków beztlenowców. Wszystkie więc wyosobnione szczepy zaliczają do gatunków już opisanych. Szczepy te badali w najrozmaitszych warunkach i na rozmaitych pożywkach i na tej podstawie wypowiadają uwagi krytyczne o głównych beztlenowcach chorobotwórczych (z wyjątkiem tężca i laseczników kiełbasianego). Streszczenia tych uwag niepodobna podać w kilku zdaniach: praktycznie najważniejsze jest to, że autorowie łączą wiele t. zw. »gatunków«, pod różnemi nazwami opisanych, we wspólne grupy czy »rodziny«, przez co znacznie porządkują chaos, panujący w tej dziedzinie.

Autorowie poruszają niektóre nowe lub niewykonane zagadnienia, jak leczenie »gazówek« szczepionkami lub salicylanem sodu i t. d. Praca zasługuje na to, aby się z nią zapoznał każdy fachowiec i każdy lekarz, interesujący się sprawami chorobnemi, wywołanemi przez beztlenowce.

Czy niektóre nowości językowe w pracy użyte, — jak »gazówki«, t. j. choroby wywołane przez beztlenowce, opisane przez autorów, lub »osady« w znaczeniu kolonii bakteryjnych, — są szczęśliwie dobrane, nie chcę rozstrzygać.

Prof. Dr R. Nitsch.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 19. XII. posiedzenie, na którem prezes poświęcił wspomnienie bł. p. Dr Lustgartenowi i dłuższem przemówieniem uczcił pa-

mięć prof. Dr Brudzińskiego, poczem odczytał pismo Towarzystwa lekarzy galicyjskich z okazyi 50 letniego jubileuszu oraz podał do wiadomości szczegóły zapisów ś. p. Dr Skobla. Następnie doc. Dr Borowiecki przedstawił chorego z kliniki neurologicznej, a doc. Dr Nowaczyński miał wykład o zapaleniu nerek. W dyskusyach przemawiali prof. Nitsch, Dr Glassner i prelegenci.

Następne posiedzenie odbędzie się w styczniu 1918, a będzie dorocznem posiedzeniem sprawozdawczem.

— Dyplom doktorski uzyskał podporucznik wojsk polskich, Leopold Rudke, z Bukowej Góry w Królestwie polskiem.

Warszawa. Szefem Departamentu zdrowia w Ministerstwie spraw wewnętrznych zostać ma z tytułem wiceministra Dr W. Chodźko.

— Jak donosi »Gazeta lekarska« (50), został na katedrę farmakologii w Warszawie powołany prof. Jerzy Modrakowski ze Lwowa.

— W Towarzystwie lekarskiem odbędzie się szereg wykładów przyrodniczych, wygłoszonych przez profesorów uniwersytetu.

Z różnych stron. Austryackie Ministerstwo zdrowia ma następujący zakres działania: 1. Zwalczanie chorób zakaźnych. 2. Współdziałanie w sprawach weterynaryjnych. 3. Higiena miast, z wyłączeniem spraw technicznobudowlanych i hydrologicznych, należących do Ministerstwa robót publicznych. 4. Higiena komunikacyi. 5. Higiena żywienia. 6. Opieka nad zdrowiem młodzieży (wraz z ochroną macierzyństwa). 7. Higiena przemysłu. 8. Sprawy leczenia i pielęgnowania chorych. 9. Higiena więzień. 10. Sprawy aptekarskie, z wyłączeniem spraw należących do Ministerstwa handlu. 11. Postępowanie ze zwłokami. 12. Opieka zdrowotna nad inwalidami wojennymi. 13. Sprawy personalu sanitarnego. 14 Sprawy karne z wyjątkiem spraw, podpadających sądom. 15. Statystyka. 16. Organizowanie i popieranie działalności społecznej w zakresie zdrowia publicznego.

— Wielkiego rozgłosu nabrała w Niemczech sprawa karna prof. Henkla, dyrektora kliniki położniczoginekologicznej w Jenie, wszczęta z powodu doniesienia patologów, prof. Rösslego i Dürcka. Udowodniono Henklowi operowanie bez odpowiednich wskazań (n. p. wycięcie macicy ciężarnej w VIII—IX m. k. z powodu rzekomej, potem jednak przy sekcyi nie znalezionej gruźlicy płuc), zbrodnicze niedbalstwo przy zabiegach (zapalenia opon po nieczystych nakłuciach lędźwiowych, rozmaite uszkodzenia i t. p.), zbyt częste i nieuzasadnione wskazaniami lekarskiemi przerywanie ciąży i wykonywanie ciężkich operacyi, wskutek czego wiele kobiet zmarło. Dla charakterystyki Henkla jest znamienne, że raz, wykonawszy laparotomię w obecności laika księcia Lippe, jako... gościa, operował zaraz przy »gościu« drugą chorą, chociaż miała być operowana dopiero nazajutrz. Obwinionego zasądzono; sprawa jednak jeszcze się nie skończyła, gdyż skazany zgłosił odwołanie od wyroku.

Zmarli: Dr Władysław Saski w 75 r. ż. w Warszawie, Dr Ludwik Lustgarten, b. dyrektor szpitala izraelickiego, długoletni radca miejski, w 77 r. ż. w Krakowie.

Redakcya otrzymała: Prof. Hoyer: Części miękkie głowy nosorożca i skóra mamuta. — Prof. Hoyer i W. Michalski: Układ naczyń limfatycznych u pstrąga i rozmieszczenie naczyń krwionośnych u ryb. (Akad. Umiej. 1916). — Grzywo-Dąbrowski: 1) Badania nad anatomią patologiczną duru osutkowego. (Sprawozd. Tow. nauk. warsz. 1917). 2) Cztery przypadki śmiertelnego zatrucia grzybami. (Medyc. i Kron. lek. 1918).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 52. Kraków, 29. grudnia 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 29. grudnia 1917. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala krajowego lwowskiego.

O wpływie odmy opłucnej sztucznej na serce

(praca doświadczalna)

podali

Dr Bronisław Sabat

b. kierownik instytutu rentgenologicznego szpitala krajowego we Lwowie

i

Dr Zdzisław Szczepański

b. elew kliniki lekarskiej i sekundaryusz oddziału chorób wewnętrznych I. (Prof. J. Wiczkowski).

(Według wykładu, wygłoszonego przez Dr Z. Szczepańskiego na II Zjeździe internistów polskich we Lwowie).

Wśród skutków, jakie sztuczna odma opłucna wywiera na narządy, zawarte w klatce piersiowej, głównie zwracają autorzy, rzecz naturalna, uwagę na płuca, mniej na serce. Prześwietlając często naszych chorych, leczonych sztuczną odmą, zdawało się nam nieraz, że po dłuższem leczeniu wymiary serca się zwiększają, co zachęciło nas do przerobienia doświadczeń ze sztuczną odmą na psach. — Ze stanowiska teoretycznego sprawa się tak przedstawia. Dowiedziono, że wszystko, co wymianę gazu w płucach stale utrudnia, przedstawia większą pracę dla prawego serca i wiedzie do przerostu prawej komory. Tu należą garby (kyphoscoliosis), zrosty opłucne, rozedma płuc, przewlekły wysięk opłucny, przewlekłe zapalenie oskrzeli. Przerost prawej komory możemy sobie tu wytłómaczyć w sposób następujący: Klatka piersiowa niepodatna przy zrostach opłucnych i garbach, taksamo płuca niepodatne przy rozedmie, nie dozwalają, by płuco dostatecznie kurczyło się i w ten sposób krew przepychało. Płyn w opłucnej przeszkadza płucu rozszerzać się w miarę rozszerzania się klatki piersiowej przy wdechu. Nareszcie przy zmianach nieżytowych w oskrzelach powietrze nie może należycie krążyć przez zwężone oskrzela. Następstwem tych wszystkich schorzeń jest zła wentylacya płuc. Ta zła wentylacya, przez dłuższy czas się utrzymująca, musi wywołać, według Cohnheima, Traubego i innych, wzmożone ciśnienie w naczyniach płucnych, co się następowo odbija na sercu. Równocześnie przy tych schorzeniach zmniejsza się i ciśnienie śródpiersiowe przy wdechu, a zatem i ciśnienie na przebiegające naczynia w śródpiersiu z jednej strony, jako też i ciśnienie na naczynia włosowate płuc i całego ciała z drugiej strony. A zatem działanie ssące i tłoczące płuc na obieg krwi zmniejsza się; komora prawa musi zatem więcej pracować.

Co się dzieje przy odmie zamkniętej, jaką jest i nasza odma sztuczna, stosowana w celach leczniczych? — Skutkiem ucisku na jedno płuco zmniejsza się w płucach łożysko krwi, przepływającej przez nie. Znane doświadczenia Lichtheima, ucznia Cohnheima, jeszcze 1876 r. wykazały, że jeżeli połowa naczyń w płucach zostanie pozbawiona krwi, to ciśnienie w tętnicy płucnej albo wcale się nie zwiększy, lub tylko bardzo nieznacznie. Tłomaczy się to wielką zdolnością rozszerzania się naczyń płucnych. To rozszerzenie należy odnieść do zwiększonej pracy komory prawej, ponieważ działanie nerwów naczynioruchowych naczyń płucnych nie zostało dotychczas niezbicie stwierdzone. Jeżeli więcej naczyń płucnych, niż połowa, zostanie zaciśnięta, wtedy przychodzi do znacznego podniesienia się ciśnienia; a jeżeli $^4/_5$ naczyń płucnych zostanie zamknięte, serce już nie może pracy swojej podołać. Ponieważ przy sztucznej odmie uciskamy tylko jedno płuco, zatem do zmian w sercu przyjść nie powinno. I rzeczywiście w przeważnej części protokołów sekcyjnych zmarłych, a leczonych sztuczną odmą, nie ma wzmianki o przeroście serca. Jednak ogłoszono kilka sekcyi (między innemi Carlström), gdzie stwierdzono przerost i znaczne rozszerzenie komory prawej. Oskar Bruns w doskonałej pracy, wykonanej na zwierzętach, królikach, psach i kozach, które do pięciu miesięcy utrzymywał w ciągłej odmie opłucnej, stwierdził ważeniem nieznaczny przerost komory prawej.

Myśmy obrali nieco inną metodę, mianowicie badanie serca metodą rentgenowską, jużto prześwietlania, jużto rentgenografii. — Prześwietlaniem posługiwaliśmy się w celu śledzenia stosunków odmy opłucnej, jakoto stopnia ucisku płuca, szybkości wchłaniania się gazu, przesunięcia serca i śródpiersia, wpływu odmy na działanie serca, przez śledzenie objawów tętnienia poszczególnych części serca, wielkości amplitud i zachowania się przedsionków. W celu wykazania wpływu odmy opłucnej na serce i śledzenia już za życia zmian w wielkości serca, przerostu lub rozszerzenia, posługiwaliśmy się telerentgenografią, która to metoda, podana przez Köhlera, ogólnie została uznana za jedną z dobrych metod, umożliwiających już za życia stwierdzenie wielkości serca. Jeżeli fotografujemy z odległości dwóch metrów, rozumiemy przez to odległość antykatody od płyty; kąt, jaki tworzą promienie, rysujące krawędzie serca, jest tak mały, że promienie padają prawie równolegle, a obraz serca odpowiada naturalnej wielkości serca.

Robiliśmy nasze doświadczenia na psach, ustawiając zwierzęta w pozycyi stojącej na tylnych łapach; prześwietlanie to w kierunku grzbietowo-brzusznym daje obraz klatki piersiowej, zupełnie analogiczny do obrazów klatki piersiowej człowieka. Wymiary serca na rentgenogramie można z całą ścisłością zmierzyć. W naszych doświadczeniach używaliśmy psów dlatego, ponieważ pies ma znacznie większe serce w porównaniu z królikiem. Po drugie, pies ma śródpiersie nadzwyczaj cienkie i podatne, tak że gaz, wdmuchnięty po jednej stronie, przepycha śródpiersie na drugą stronę i przepiera je aż do przeciwnej ściany klatki piersiowej. Przez to gaz uciska na oba płuca. Komunikacyi pomiędzy jedną jamą opłucną a drugą nie można było na sekcyi stwierdzić; a także ułożenie opłucnej przy sekcyi już przemawiało na pierwszy rzut oka przeciwko łączności obu jam.

Jasnem jest, co i Bruns udowodnił, że gaz, wdmuchnięty po jednej stronie, wpływa na ciśnienie w całej klatce piersiowej, czyli że jest obojętnem, czy wdmuchujemy gaz po jednej tylko stronie w ilości 400 cm^3, czy po każdej stronie po 200 cm^3. A zatem jednostronne wdmuchnięcie wywołuje niedodmę obu płuc, w każdym razie niezupełną, a pies głębokimi wdechami stara się wynagrodzić ubytek. Przez uciśnienie zatem częściowe obu płuc chcieliśmy wywrzeć tem większe działanie na serce; o płuca bowiem nam nie chodziło. Przed pierwszem wdmuchnięciem robiliśmy rentgenogramy, a serce dokładnie mierzyliśmy. Do doświadczeń użyliśmy czterech psów. Po oczyszczeniu skóry, igłą Saugmanowską z mandryną przebijaliśmy skórę; manometr wykazywał natychmiast duże wahanie. Z przyrządu Brauerowskiego, którym się posługiwaliśmy, wpuszczaliśmy średnio 600 cm^3 gazu. Dopełnialiśmy odmę początkowo częściej, później co 2 tygodnie. Psy znosiły zabieg dobrze; początkowo tylko była duszność, czasem wymioty. Ciśnienie wynosiło średnio 4 mm. słupa rtęci. Staraliśmy się zawsze doprowadzić do ciśnienia dodatniego, co nam się też stale udawało. Co pewien czas robiliśmy telerentgenogramy.

U wszystkich psów na obrazach rentgenowskich oba płuca były uciśnięte częściowo, czego nie umieliśmy sobie początkowo wytłomaczyć. Przypuszczaliśmy, że obie jamy opłucne mają jakąś łączność. Dopiero po sekcyi psów wyjaśniło się, dlaczego taki a nie inny mamy obraz rentgenowski. Polega to na wiotkości śródpiersia, o której powyżej wspominaliśmy.

Serce widzieliśmy stale przesunięte, zależnie od strony, po której robiliśmy odmę. Osobliwie znaczne przesunięcie było na prawo przy odmie lewostronnej. Raz widzieliśmy tuż po wdmuchnięciu bardzo wybitne trzepotanie przedsionka prawego. Tętno stale ulegało przyspieszeniu, średnio o 15 uderzeń więcej na minutę. Wśród doświadczeń zginęły dwa psy, i to oba w 10. tygodniu po pierwszej insuflacyi. Jeden pies zginął natychmiast po wdmuchnięciu 600 cm^3, którą to ilość znosił przedtem dobrze; drugi w pół godziny po zabiegu, również nagle. U obu sekcya nie zdołała wykazać bezpośredniej przyczyny śmierci (zator wykluczono). Należy przyjąć, że przyczyną śmierci było porażenie serca.

Badania histologiczne serc tych psów nie wykazały zmian widocznych; badania co do zmian tłuszczowych dały wynik ujemny. W płucach stwierdzono mniejszą powietrzność, zgrubienie gdzieniegdzie opłucnej i zgrubienie łącznotkankowe, dość obficie komórkowe w okolicy niektórych naczyń i oskrzeli. Dość silne przekrwienie płuc. Badania anatomo-histologiczne wykonał prof. W. Nowicki, któremu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie. Telerentgenografia, po której najwięcej spodziewaliśmy się, wykazała, co następuje: Wymiary serca tuż po insuflacyi u wszystkich psów, z wyjątkiem jednego, mniejsze; przy końcu zaś tylko u jednego psa wymiar serca się zwiększył z 54 mm. na 60 mm. Zresztą były te wymiary mniejsze, aniżeli z początku. Pozorne to zmniejszenie wymiarów serca musimy odnieść do zmiany jego położenia, tj. skrętu około naczyń głównych. — Doświadczenia zatem wykazały zwiększenie się wymiarów tylko u jednego psa, u innych tego zwiększenia nie wykazały. Na podstawie przeto naszych doświadczeń nie możemy twierdzić, że pod wpływem odmy u psa dochodzi do wybitnego przerostu serca prawego. Doświadczenia Brunsa na zwierzętach, chociaż autor sam o nich z zastrzeżeniami się wyraża, nie są bez zarzutu. Ważenie bowiem serca, i to każdej części z osobna, może być źródłem wielu pomyłek, jak niedostateczne odpreparowanie tłuszczu, niedokładne oddzielenie obu komór, nierówne ucięcie naczyń i t. d. Po przeczytaniu kilkunastu sekcyi zmarłych wśród leczenia odmą, stwierdziliśmy, że żaden anatomo-patolog nie mógł stanowczo twierdzić, iż znalazł znaczniejszy przerost prawej komory.

W przypadku, opisanym przez Carlströma, gdzie był bardzo znaczny przerost prawej komory, należy sobie ten przerost tak tłomaczyć, jak Carlström, a mianowicie, że doszło do zagięcia tętnicy płucnej i to zwężenie wywołało znacznego stopnia przerost komory prawej, tem bardziej, że autor stwierdzał szmer skurczowy, czego przedtem nie było.

Brauer, bardzo dobry znawca odmy sztucznej, tłomaczy brak zmian w sercu następująco: Pod wpływem odmy zostają uciśnięte naczynia włosowate płuca, tak, że mniej krwi przez to płuco przepływa. Drugie jednak płuco wynagradza ten ubytek w ten sposób, że wykonywa większe ruchy oddechowe, niż w warunkach zwyczajnych, i w ten sposób ułatwia pracę serca. Brauer kończy twierdzeniem, że przy zachowaniu spokoju fizycznego nie dochodzi skutkiem uciśnięcia jednego płuca do przepracowania serca.

Z drugiej strony każdy z nas, który badał zachowanie się serca toksycznego przy gruźlicy, mógł stwierdzić, że na serce odma działa tu równie korzystnie, jak na płuca. Tachykardya znacznego stopnia po kilku tygodniach leczenia odmą znacznie się poprawia. Serce toksyczne stanowi raczej wskazanie, niż przeciwwskazanie do zabiegu. Odmę sztuczną można zatem stosować bez obawy, by uszkodzić serce, z wykluczeniem naturalnie przypadków, gdzie już istniała niedomoga mięśnia sercowego, lub znaczne zrosty osierdzia. Sama zaś tachykardya nie stanowi przeciwwskazania dla zabiegu.

Oceny i sprawozdania.

A. Bochenek: **Anatomia człowieka.** Tom I, Wydanie II, przejrzał prof. Dr St. Ciechanowski. Kraków 1917.

W Warszawie ukazało się w roku 1917 nowe dzieło anatomiczne, mianowicie tłómaczenie »Anatomii człowieka« Merkla. Zdawałoby się zatem, że podręcznik, napisany przez ś. p. Bochenka, będzie musiał ustąpić na drugi plan, zwłaszcza, że nie jest zupełnym. Tymczasem dzieje się inaczej. Tom pierwszy tego dzieła wyczerpał się i zaszła potrzeba nowego wydania. Jest to dla niego najlepszem poleceniem; 8 lat wystarczyło, w tem 3 lata wojenne, aby zniknął z półek księgarskich. Jakież zadowolenie spotkałoby autora, gdyby był dożył tej chwili! Z całym zapałem byłby niewątpliwie podjął się nowego wydania, zużytkowując doświadczenie praktyczne, nabrane w prosektoryum w latach minionych. Mielibyśmy podręcznik oryginalny, coraz więcej się udoskonalający.

Wydanie powtórne tomu pierwszego wziął na siebie kolega Ciechanowski, zaznaczając w tytule skromnie, że je »przejrzał«. Kto miał do czynienia kiedyś z tego rodzaju wydawnictwem, wie dobrze, wiele w niem tkwi pracy. To też na każdej stronicy spotyka się ślady pióra wydawcy, starającego się to wygładzić pewne nierówności stylu, to wprowadzić mianownictwo polskie zamiast nazw obcych, używanych przez Bochenka.

Jak na czasy wojenne drugie wydanie wypadło wprost wspaniale i nie różni się od pierwszego pod względem papieru, druku i rycin.

W rozdziałach embryologicznych zwróciłbym uwagę tylko na dwie rzeczy. Nazwę »prążka pierwotnego« zastąpiłbym więcej odpowiadającym i używanym wyrazem »smuga pierwotna«, a powtóre w rycinie 44 i 243 należałoby komórki mezenchymy nazwać komórkami sklerotomu, ponieważ służą w pierwszym rzędzie do budowy szkieletu osiowego, a następnie dopiero wytwarzają mezenchymę, jak to wyjaśniono na str. 58 i 59. W objaśnieniu ryc. 243 wkradł się nadto w zdaniu drugiem tekstu błąd drukarski (zwan*e* zamiast zwan*a*), wskutek którego całe zdanie, i w pierwszem wydaniu niezbyt udane, staje się niezrozumiałem. Jak w tomie II i III »Anatomii«, mianownictwo jest tu wzorowane na Słowniku lekarskim z r. 1905. Ponieważ i podręcznik Merkla w Warszawie trzyma się tego Słownika lekarskiego, mielibyśmy próbę praktyczną ujednostajnienia mianownictwa anatomicznego w Królestwie i Galicyi. Byłby to wynik niewątpliwie dodatni. Utrwaliłoby się bardzo wiele nazw, ale nie wszystkie, albowiem kilka z nich nie dadzą się utrzymać: »phylogenesis« oznacza rozwój »rodowy« lub »szczepowy«, nigdy

zaś »rozwój rodzajowy«; »tkanka gruczołowata« daje błędne pojęcie, chociaż jest dosłownem tłómaczeniem tkanki adenoidalnej, dla której sam używam nazwy tkanki »siateczkowatej«. Również błędne pojęcie wytwarzają »kaletki śluzowe« (bursae mucosae), dla których »torebki maziowe«, jak w wydaniu pierwszem, wydawałyby mi się odpowiedniejsze. Trudno będzie także, sądzę, przyzwyczaić się do »łęków mózgowych« (juga cerebralia), do »obręczy« barkowej i biodrowej (Schulter-Beckengürtel), do »chrząstkozrostu« skalistopodstawnego (synchondrosis petrobasilaris), do mięśnia stożkowatego (m. pyramidalis), do mięśnia nawrotnego obłego (pronator teres), do prostownika (extensor), do odwracacza (supinator), do odwodziciela (abductor), do przeciwstawiacza (opponens). Co do mięśni wydaje mi się stosowniejsze używanie przymiotników zamiast rzeczowników.

Na podstawie podręczników ustali się z biegiem czasu mianownictwo anatomiczne zupełnie, do czego dotychczas nie było sposobności, a będzie to zasługą tych, którzy te podręczniki wydali. Każdy z wydawców dołożył wszelkich starań, aby dać to, co uważał za najlepsze.

Kolega Ciechanowski »przejrzał« wydanie drugie w każdym razie bardzo sumiennie. Szczera wdzięczność należy mu się za czas i trud, temu wydawnictwu poświęcony. Odczuł on także, jak wielce zasłużył się ś. p. Bochenek około podręcznika, skoro podjął się trudu wydania jego i na końcu części historycznej tomu pierwszego wprowadził krótki rys działalności ś. p. Bochenka. H. Hoyer.

Dr Józef Celarek: **Tyfus plamisty w Lublinie w latach 1915—1916 i metody zwalczania.** Lublin 1917. (Wydawnictwo Muzeum lubelskiego Nr 1). Z przedmową Dr K. Jaczewskiego, członka Zarządu Muzeum lubelskiego.

Autor daje we wstępie krótki pogląd na obecny stan naszych wiadomości o zarazku tyfusu plamistego i o biologii wszy. Potem opisuje w rozdziale I »podłoże epidemii«, t. j. daje w zajmującym opisie obraz tła, na którym się rozwijał w Lublinie tyfus plamisty. W rozdziale II opisuje »naturalny rozwój epidemii« w Lublinie. Twierdzi bowiem autor i przytacza na to szereg dowodów, że naturalnego rozwoju epidemii w Lublinie nic nie tamowało aż do chwili objęcia przez autora jej zwalczania. Ciekawe jest zestawienie przypadków choroby i śmierci na tyfus plamisty w Lublinie przez 17 miesięcy (do 1 stycznia 1917). Wynikają z niego 2 fakty, a mianowicie jeden, znany już dostatecznie, że w im młodszym wieku przebywa się tyfus plamisty, tem rokowanie jest lepsze. W zestawieniu Celarka widać to bardzo wyraźnie: z 336 dzieci niżej lat 10, które chorowały na tyfus, nie umarło ani jedno! Z 1168 osób w wieku od lat 11—30, które chorowały na tyfus, zmarło 36, t. j. 3·1%; wreszcie z 445 osób powyżej lat 30, zmarło na tyfus 95 osób, t. j. 20·4%: śmiertelność mężczyzn była przytem blizko dwa razy większa, niż śmiertelność kobiet. Fakt drugi, mało znany, to jest znacznie mniejsza śmiertelność wśród żydów, niż wśród katolików. Żydów zachorowało 1535, a zmarło tylko 4·82%, katolików zaś zachorowało tylko 445, ale zmarło 13·14%. Liczniejsze przypadki zachorowania wśród żydów tłómaczy autor większem wśród nich niechlujstwem, a mniejszą śmiertelność »odpornością dziedziczną«.

W rozdziale III opisuje autor »zwalczanie tyfusu plamistego« od dnia 1. czerwca 1916 r., kiedy mu »przydzielono... rozkazem władz okupacyjnych tępienie tyfusu plamistego w Lublinie«. Wynik zwalczania był taki, że »z końcem grudnia 1916 r. znajdowało się w szpitalu 3 chorych, mianowicie rekonwalescentów, gdy w 1915 r. było ich w tym samym czasie 106«. Wynik ten zawdzięcza autor własnej energii i sumienności w połączeniu z władzą, jaką mu oddano.

Do pracy dołączył autor 4 tablice i plan miasta Lublina z rozmieszczeniem chorych na tyfus; zasługuje ona na to, by się z nią zapoznał każdy lekarz, zajmujący się zwalczaniem chorób zakaźnych. R. Nitsch.

Zapiski lecznicze.

Parakodynę uważa Leschke na zasadzie licznych swych spostrzeżeń za lek, działający silniej od kodeiny. Oprócz dawniej już wypróbowanego wewnętrznego podawania winianu parakodyny, stosował Leschke wstrzykiwania podskórne chlorku parakodyny, łatwo rozpuszczalnego w wodzie (Münchener med. Woch. 1917 Nr 40). Podobnie korzystnie wyraża się o parakodynie Pick (Klinisch-therapeut. Wochenschr. 1917 Nr 43—44). Kn.

Ovaradentriferrin stosowała Franciszka Cordes w 133 przypadkach przerwy w miesiączkowaniu; wynik był pomyślny w 60 z tych przypadków (Frauenarzt 1917. Z. 9). Kn.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 14 listopada 1917.

Przewodniczy: kol. Ciechanowski. Obecnych członków 26.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia wybrano członkiem kol. Dr Zygmunta Żołędziowskiego w tajnem głosowaniu głosami wszystkich obecnych. Następnie

2) kol. Gieszczykiewicz wygłosił wykład p. t.: **O epidemiologii i przebiegu klinicznym paratyfusu A.** Paratyfus A w czasach przedwojennych występował głównie w Azyi, Afryce, Ameryce; w Europie tylko niezmiernie rzadko. Dopiero w czasie wojny rozszerzył się znacznie także w Europie środkowej, zwłaszcza w obrębie armii i gdzieniegdzie liczebnie przewyższył zarówno tyfus, jak paratyfus B. To jego rozprzestrzenienie w Europie można tłómaczyć bądź zawleczeniem z Indyi względnie Afryki północnej przez wojska kolorowe (Lehmann), bądź też nagłym rozwojem z nielicznych przypadków, jakie w Europie już przed wojną istniały, lecz przeważnie były przeoczane. Ten szybki rozwój w obrębie armii może tłómaczyć również do pewnego stopnia szczepienie armii przeciw tyfusowi, które sprawiło, że większość żołnierzy była odporna przeciw durowi brzusznemu, a zupełnie nie, lub w małym tylko stopniu przeciw paratyfusowi. Prątek paratyfusu A nie da się morfologicznie odróżnić od prątka tyfusu, lecz zapomocą odczynów serologicznych lub hodowli na niektórych pożywkach. Najprostszą pożywką, zapomocą której można odróżnić paratyfus A od B, jest serwatka lakmusowa, którą paratyfus A (podobnie jak tyfus) lekko czerwieni, natomiast paratyfus B ją alkalizuje. Od tyfusu można paratyfus A odróżnić zapomocą agaru z cukrem gronowym, który paratyfus A fermentuje z wytwarzaniem gazów, gdy tyfus gazów nie wytwarza. Osobliwością szczepów, przez prelegenta na froncie rumuńskim wyosobnionych, był duży procent surowico-odpornych w pierwszej generacyi.

Przebiegiem klinicznym odpowiada paratyfus A średnio ciężkiemu durowi brzusznemu. Ma skłonność do przewlekłego przebiegu i nawrotów. Schorzenia miejscowe, jak zapalenie jelit, zapalenie pęcherza, zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych, nigdy nie dominują w obrazie chorobowym, tak jak się to dzieje przy paratyfusie B. Śmiertelność jest niższa, niż przy durze brzusznym, lecz wyższa, niż przy paratyfusie B. Paratyfus A szerzy się głównie przez bezpośrednie zetknięcie lub za pośrednictwem przenosicieli zarazków, a nie zapomocą środków spożywczych, jak paratyfus B. Mimo że wielu autorów wysila się na podanie klinicznych cech różniczkowych, odróżnienie paratyfusu A od tyfusu wyłącznie na zasadzie obserwacyi klinicznej jest niemożliwe, lecz musi oprzeć się na badaniu bakteryologicznem. Łatwiej już jest odróżnić klinicznie paratyfus A od paratyfusu B. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. prof. Nitsch sądzi, że częste występowanie paratyfusu A wśród wojska było następstwem złych warunków higienicznych w wojsku, a nie stało w żadnym związku przyczynowym ze szczepieniem przeciwtyfusowem. Zwraca uwagę na szybsze ruchy prątków paratyfusu A i B od prątków tyfusu w kropli wiszącej przy jednym wieku hodowli. To zachowanie się ruchów ma poniekąd rozpoznawcze znaczenie. Prątki paratyfusu A i B mają znacznie większą ilość rzęsek od prątka tyfusu, co dostatecznie tłómaczy powyższą różnicę. Aglutynacya nie występuje u prątków paratyfusu, wyhodowanych z krwi, występuje natomiast po przeszczepieniu, u prątków zaś, wyhodowanych z kału, występuje natychmiast. Między zatruciem kiełbasianem (botulismus) a paratyfusem A niema prawie żadnych cech wspólnych; są natomiast przy paratyfusie B, który jest również zatruciem pokarmowem. Nie spostrzegano jednak przy

paratyfusie B, porażeń, częstych w przebiegu zatrucia kiełbasianego.

3) Kol. Laskiewicz przedstawia: 1) przypadek t. zw. **obrzęku wojennego**, z tego względu ciekawy, iż spostrzegano u chorego znaczne zwolnienie tętna, wynoszące nawet 38 na minutę; prócz tego chory cierpi na amblyopię oka prawego ze znacznem zwężeniem pola widzenia z powodu krwotoków w obrębie plamki żółtej, jak to bywa przy niedokrwistości złośliwej;

2) chorego z **tachykardyą**, 120—130 na minutę, z miernym przerostem serca w kierunku poprzecznym, z nieczystym I. tonem. Etyologicznie odgrywa tu może pewną rolę zanik prawego nerwu błędnego w następstwie rany postrzałowej przed $1^1/_2$ r. Kula weszła za prawem uchem, a wyszła raniąc prawe skrzydło nosowe.

Dr Michejda, zast. sekr. dorocznego.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowy Zakład dla umysłowo chorych w Kobierzynie ma przyjmować chorych od 1. stycznia 1918 r. Oficyalne otwarcie ma się odbyć d. 5. stycznia 1918.

— Wydawnictwo »Przeglądu« w dalszym ciągu poparli dobrowolnemi ofiarami: prof. Dr K. W. Majewski z Krakowa, r. dw. prof. Dr L. Rydygier ze Lwowa.

Lwów. Doc. Dr Józef Hornowski został mianowany bezpłatnym nadzwyczajnym profesorem anatomii patologicznej.

Warszawa. Pogrzeb ś. p. rektora Brudzińskiego zgromadził tłumy uczestników, a odbył się nadzwyczaj uroczyście. Obecni byli ministrowie polscy, przedstawiciele rządów okupacyjnych, delegacye towarzystw naukowych i oświatowych. Mowy żałobne wygłosili: X. Szlagowski, minister Mikułowski-Pomorski, rektor A. Kostanecki, dziekan Wydziału lekarskiego prof. Mazurkiewicz, wiceprezes Towarzystwa naukowego prof. Kryński, prorektor politechniki Straszewicz, dalej imieniem Towarzystwa lekarskiego Dr Orłowski, imieniem młodzieży p. Katelbach, imieniem Rady miejskiej Dr J. Zawadzki, imieniem szpitala Dr Szenajch. Trumnę nieśli profesorowie i słuchacze Uniwersytetu. — Senat Uniwersytetu uchwalił wmurować w przedsionku Uniwersytetu tablicę pamiątkową, a salę, w której Brudziński wykładał, nazwać jego imieniem. Tworzy się również fundacya im. Brudzińskiego.

— Polskie Towarzystwo walki z chorobami wenerycznemi urządza z początkiem r. 1918 swój I Zjazd, poświęcony sprawie wyludnienia kraju.

— Nagrodę im. Knolla przyznało Towarzystwo warszawskie prof. Dr Serkowskiemu za dzieło: »Epidemiologia i profilaktyka cholery«.

— Do objęcia jest posada lekarza miejskiego w Tykocinie (pow. mazowiecki) z płacą roczną 500 marek i mieszkaniem umeblowanem, a dochodem z praktyki około 1000 mk. miesięcznie. Wiadomości udziela Magistrat w Tykocinie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.